سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس
الكتاب (٤/٣٤)

موسوعة علم النفس التأهيلي

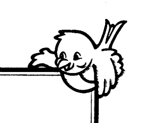
المجلد الرابع
الأمراض المزمنة

الدكتور علاء الدين كفافي
أستاذ الصحة النفسية
معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة

الدكتورة جهاد علاء الدين
أستاذ الإرشاد النفسي المساعد
كلية العلوم التربوية - الجامعة الهاشمية الأردنية

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت : ٢٧٥٢٩٨٤، ٢٧٥٢٧٣٥ فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com



إهداء

إلى كل من يعانى ألما جسميا أو نفسيا
علّه يجد فى هذه الموسوعة - بإذن الله -
ما يخفف عنه بعض ألمه بشكل مباشر أو غير مباشر

علاء
جهاد

سلسلة المراجع فى التربية وعلم النفس

تصدر بإشراف نخبة من الأساتذة

تصدر هذه السلسلة بغرض النهوض بمستوى المراجع والكتب فى مجال التربية وعلم النفس والاجتماع بحيث تشتمل على أحدث ما صدر فى هذا المجال عالميا مع معالجته بمنظور ورؤية عربية مدعمة بخبرات الخبراء.

ويسر اللجنة الاستشارية أن يشارك أصحاب الفكر والكُتّاب وأساتذة الجامعات بنشر مؤلفاتهم المتميزة فى تلك السلسلة.

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على نبينا محمد الأمين وبعد.

فهذه الموسوعة في «علم النفس التأهيلي وخدماته في مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة» استشعر المؤلفان حاجة الميدان إليها. فعلى الرغم من أن بعض عمليات التأهيل تمارس بالفعل في مجالات عديدة؛ عسكرية كانت أو مدنية، كما أن بعض جوانب عملية التأهيل تدرَّس من خلال مقررات تعليمية في معاهدنا وكلياتنا الجامعية، في كليات ومعاهد: العلاج الطبيعي والتمريض والطب والآداب والتربية والخدمة الاجتماعية فإنه لا يوجد -في حدود علم المؤلفين- كتاب نظري يجمع شتات هذا العلم من الجانب النفسي بصفة خاصة، وهو جانب شديد الحضور والتأثير في نجاح عمليات التأهيل، بل وفي تحديد شدة الحالة وخطورتها.

والتأهيل هو رابع العمليات الأساسية في الخدمات النفسية أو الخدمات الطبية أو الطب نفسية، وهو في نفس الوقت ختامها وغايتها. فهناك عملية الوقاية وهناك عملية التشخيص وهناك عملية العلاج، ثم تأتي عملية التأهيل كختام وتتويج للعمليات السابقة لأنها هي التي تؤهل الفرد المصاب وتعيده إلى الحياة الطبيعية التي كان يعيشها قبل الإصابة أو إلى أقرب نقطة ممكنة من هذه الحياة، وذلك بمعالجة جوانب القصور والعجز، وتنمية الجوانب الأخرى إلى أقصى درجة ممكنة.

والتأهيل مهنة حديثة نسبيا، حيث ظهرت أول برامج التأهيل في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي أواخر الخمسينيات تم الاعتراف بعلم النفس التأهيلي كتخصص مستقل وقائم بذاته، وأصبح يشغل القسم رقم (٢٢) من أقسام رابطة علم النفس الأمريكية. ويوما وراء يوم ازدادت خدمات التأهيل اتساعا وعمقا مع زيادة الوعي بقيمة هذه الخدمات.

فالتأهيل كمهنة وكعمليات يزداد الإقبال عليه والاستفادة منه، وهو ما يجب أن تتنبه إليه مؤسساتنا التعليمية لتخريج المهنيين الذين يستطيعون القيام بأعباء هذه المهنة في مختلف جوانبها الجسمية والعصبية والنفسية والاجتماعية.

ويتناول المجلد الرابع والأخير من هذه الموسوعة مجالين أساسيين، الأول: حالات الأمراض المزمنة التي تستحق التأهيل النفسي. والمجال الثاني وهو بعض المداخل العلاجية المستخدمة بصفة خاصة في علم النفس التأهيلي، أما حالات الأمراض المزمنة فتتمثل في حالات كبر السن وخاصة المصابين بمرض الزهايمر (الفصل الأول) ثم حالات الألم المزمن والأورام الدماغية والسرطان (الفصل الثاني) ثم حالات الصرع (الفصل الثالث). ويتناول الفصل الرابع حالات الأمراض النفسية والعقلية وبصفة خاصة العصاب والذهان. ثم تناول المجلد حالات ألم أسفل الظهر المزمن (الفصل الخامس)، وحالات الاضطرابات التنفسية والربو (الفصل السادس) ثم حالات مرض السكر (الفصل السابع)، وحالات أمراض القلب التاجي (الفصل الثامن).

وأما المجال الثاني الذي يتناول المداخل العلاجية المستخدمة بصفة خاصة مع حالات مرضية معينة فقد عالج المجلد المداخل السلوكية والتأهيل النفسي العصبي عند المصابين بأمراض الدماغ (الفصل التاسع). وتناول علاج الحركة الإجبارية التي تستخدم مع مرضى السكتة الدماغية المزمنة (الفصل العاشر). ثم عرض للنموذج الحيوي السلوكي الذي يستعان به في زيادة مقاومة ضغوط المرضى خاصة مرضى السرطان (الفصل الحادى عشر).

ونحن نعلم أن كل عمل بشري ناقص بطبيعته، وهذا العمل كعمل طليعي لابد أن يكون به بعض النقائص. ويكفى المؤلفان أنهما استجابا لحاجة الميدان إلى مؤلف جامع وأوّلى في علم النفس التأهيلي قد تتبعه محاولات أخرى تفصيلية في بعض الموضوعات النوعية يقومان بها أو يقوم بها باحثون آخرون. ولذا فالمؤلفان ينتظران من الزملاء والعاملين في الميدان بحثا أو ممارسة أن يرسلوا إليهما بملاحظاتهم النظرية والتقويمية، خاصة فيما يتعلق بواقع الممارسة التأهيلية في المجتمعات العربية، وما يمكن أن تتميز به واقع هذه الممارسة في مجتمعاتنا وكيف يمكن أن نطورها.

والمؤلفان -مرة أخرى- يرحبان بتلقي تعليقات الزملاء لكل ما يمكن أن يحسّن هذه الموسوعة شكلا وموضوعا ومنهجا. وتجدر الإشارة إلى أن المؤلفين يربط بينهما رابطة علمية منهجية فكرية، فالمؤلفة الثانية للكتاب تلميذة للمؤلف الأول، فهى قد حصلت على الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة القاهرة تحت إشراف المؤلف الأول.

اللهم هذا ما وفقتنا إليه في خدمة بلادنا ومواطنيتا الذين هم في أمس الحاجة إلى هذه الخدمات، واجعله يا رب في باب العلم النافع.. إنك نعم المولى ونعم النصير.

القاهرة

٨ مايو ٢٠٠٥

علاء الدين كفافي

جهاد علاء الدين

قائمة شاملة بموضوعات الموسوعة

المجلد الأول
المنطلقات النظرية

المجلد الثاني
الإعاقات

المجلد الثالث
الإصابات

المجلد الرابع
الأمراض المزمنة

الباب الأول
أهم الأمراض المزمنة المستحقة للتأهيل

الباب الثاني

بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

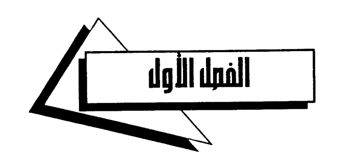
☺☺☺☺☺☺

قائمة بموضوعات المجلد الرابع

الباب الأول
حالات المرضى المزمنين المستحقين للتأهيل النفسي

الباب الثاني
بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

الباب الأول
حالات المرضى المزمنين المستحقين للتأهيل النفسى



حالات كبر السن (الزهايمر)

مقدمة في أسباب الأمراض المزمنة

- الأمراض التي يتعرض لها كبار السن أكثر من غيرها.

- التقدم في السن عندما يكون مصحوبا بأوجه عجز (إعاقات)

- مرض الزهايمر

- تأهيل كبار السن

- تأهيل كبار السن المصابين بأمراض القلب





الفصل الأول

حالات كبر السن (الزهايمر)

مقدمة في أسباب الأمراض المزمنة:

تعتبر أسباب الأمراض المزمنة والتي ترتبط أكثر من غيرها بالوفاة بين كبار السن الذين تعدوا سن الخامسة والستين (٦٥) هي نفس الأسباب التي ترتبط بالوفاة بين سكان العالم من مختلف الفئات العمرية (Eure 2005) علما بأن الكثير من هذه الأمراض والأوضاع الصحية قابلة للشفاء Treat able وأيضا للوقاية Preventionمنها. ويبدو من المهم جدا المبادرة بفهم هذه الأمراض ومعرفة متى وأين يمكن للفرد كبير السن أن يحصل على العلاج الجيد، هذا علاوة على فهمه كيف يمكن أن يعيش مع تلك الأمراض أطول فترة ممكنة وبأحسن ظروف صحية مستطاعة (Amella, 2003; Vander heiden 1990).

ويخضع العديد من هذه الأمراض والأوضاع الصحية لشروط الوقاية تبعا للتقيد بشروط الوقاية منها ولتغييرات أسلوب الحياة (Life style (Eure, 2005. وتشير بعض الدراسات إلى صعوبة تقدير مدى انتشار وشيوع الإعاقات والأمراض المرتبطة بالتقدم في السن، إلا أن هذا لا يمنع من الإشارة إلى نتائج تقرير أعده المركز الوطني الأمريكي للإحصائيات الصحية American National Center For Health Statistics, 1979, 1980 as cited in Czajka 1984 وتضمن البيانات التالية الموضحة في جدول (١-١).

جدول (١-١)

معدل انتشار بعض الإعاقات والأمراض في أعمار مختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية

الإعاقة او المرض / الاعمار المختلفة	جميع الاعمار	فوق ٦٥ سنة
الإعاقة الحسية	%٢٠.٣	%٥٠.١
امراض الدورة الدموية	%٢١.٧	%٦٣.٨
امراض الجهاز التنفسي	%٢٦.٣	%٣٥.٠
الامراض العضلية الهيكلية والجلدية	%٢٥.٥	%٥٧.٤
الامراض المزمنة الاخرى (السكرى. الكليتان)	%٢٧.٨	%٣٠.٥

القسم الأول

الأمراض التي يتعرض لها كبار السن أكثر من غيرها

ويرى بعض الباحثين أنه يمكن إيجاز الأمراض والأوضاع الصحية المعيقة لأداء الوظائف بدرجة أو بأخرى، والتي قد يتعرض لها كبار السن في الأمراض العشرة التالية:

١- أمراض القلب: Heart Diseases

تعد أمراض القلب السبب الأول الذي يتصدر قائمة الأسباب المؤدية لوفاة كبار السن. وتتضمن أمراض القلب حالات ضعف القلب وقصوره (Heart Failure). والسكتة القلبية (Heart Attack) وأمراض الشرايين القلبية التي يمكن أن تؤدي بالقلب للخفقان بصورة غير منتظمة وتعيق بالتالي الدورة الدموية، وترتبط أمراض القلب أو تسببها أمراض السكري وضغط الدم العالي والتدخين والنظام الغذائي غير المناسب والافتقار إلى أداء التمارين الرياضية، كما يمكن أن تكون وراثية المنشأ.

٢- السرطان: Cancer

يعد السرطان السبب الثاني المؤدي للوفاة بين كبار السن. ويتضمن جميع أنواع السرطان بما فيها سرطان الثدي، سرطان القولون، وسرطان الجلد. كما يتضمن أيضا حالات سرطان الدم الخبيث Malignant Blood وإصابات النخاع الشوكي Bane Marrow المؤدية إلى اللوكيميا Leukemia[1]. وتحدث أمراض السرطان بمعدلات عالية بين أوساط كبار السن بالرغم من عدم وضوح الأسباب المؤدية إلى ذلك. وتبدو معالجة السرطان صعبة للغاية بسبب الأمراض الأخرى التي قد يتزامن وجودها لدى المريض كبير السن.

---

(١) لوكيميا، ابيضاض الدم Leukemia: مرض عنيف سريع التطور يصيب الأنسجة التي تكون الدم، يتصف بتكاثر كرات الدم البيضاء، وتناقص إنتاج كرات الدم الحمراء العادية وصفيحات الدم. وتؤدي اللوكيميا إلى الأنيميا وتزايد استعداد الفرد للإصابة والنزف وألم المفاصل والحمى وتضخم الكبد والطحال والعقد اللمفية وله أنواع كثيرة. وقد ترجع اللوكيميا إلى خلل أو انحراف صبغي. وتتعرض حالات زملة داون للإصابة باللوكيميا بمقدار ١٥ مثل لما نجده في المجتمع العام. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٩٦٣).

٣- أمراض الأوعية الدموية الدماغية: Cerebrovascular Diseases

غالبا ما ترتبط هذه الأمراض بحالات السكتة الدماغية (Stroke). وتظهر هذه الأمراض نتيجة لوجود جلطة دموية (Clot) أو انسداد (Blockage) يوقف تدفق الدم إلى جزء من الدماغ أو قد تحدث بسبب وقوع نزيف دماغي Hemorrhage وتؤدي الحالتان (الجلطة والنزيف الدموي) إلى إحداث تلف أو موت أنسجة الدماغ مما قد يسبب الشلل Paralysis واضطراب الكلام Speech Disorders. ومشكلات اضطراب البلع Swallowing، والصعوبات المرتبطة بعدم القدرة على السير والحركة والتنقل Immobility. ويكون الأشخاص الكبار المصابون بالسكرى وضغط الدم العالي أكثر عرضة للإصابة بخطر السكتة الدماغية.

٤- أمراض الرئتين المعيقة المزمنة Chronic obstructive Lung Diseases

تؤدي أمراض الرئتين المزمنة للتقليل من قدرة الرئتين على تبديل ثاني أكسيد الكربون بالأكسجين exchange Carbon Dioxide for Oxygen وفيما تتطور أمراض الرئتين فإن المريض يجب أن يبذل جهدا فائقا أكثر وأكثر لكي يتنفس وترتبط أمراض الرئتان بالتدخين طوال الحياة، وأيضا قد تحدث نتيجة لعوامل بيئية عديدة.

٥- مرض ذات الرئة أو التهاب الرئتين: Pneumonia

يعد مرض ذات الرئة من الأمراض المنتشرة عند كبار السن، وهو يحتل المرتبة الخامسة بين الأمراض المسببة للوفاة بينهم. وتحدث وفياته في فصل الشتاء خاصة عندما تزيد فرصة الإصابة بالأنفلونزا. ويعد كبار السن المصابون بأمراض مزمنة كالسكري وأمراض القلب وحالات صعوبة التنفس أكثر عرضة لخطر الإصابة بهذا المرض. وتعد لقاحات الأنفلونزا والتهابات الرئة من عوامل الوقاية الفعالة التي يُوصَى بها كبار السن بعد الخامسة والخمسين.

٦- مرض السكري: Diabetes

يعد مرض السكري من النمط الثاني (السكري نمط-٢ Type Two Diabetes) والمعروف أيضا بسكري الكبار، وهو مرض يخفض من عمل جهاز المناعة Immure system. وقد يرفع من احتمالية الإصابة بالسكتة الدماغية

وأمراض القلب والمشكلات الصحية الأخرى المرتبطة بالدورة الدموية. وغالبا ما يعاني الكبار المصابون بالسكري من تأخر شفاء الجروح والالتهابات الرئوية الحادة كالنيومونيا.

٧- الحوادث والسقوط: Accidents and Fallings

يكون الكبار معرضين بصورة عالية لخطر الحوادث والسقوط بسبب اضطرابات التوازن، وفشل الرؤية وبطء الاستجابة الانعكاسية Slower Reflexes وتراجع القدرات الحسية التي قد ترافق التقدم في العمر. وقد تؤدي حوادث الوقوع البسيطة لإحداث كسور تسبب عجز السير والحركة والإعاقات، وقد تقود للوفاة. ومن الواجب الإشارة إلى أن توعية كبار السن بضرورة الحيطة والحذر من الوقوع سيقيهم من العديد من الإصابات المعرقلة لكثير من الوظائف الأساسية.

٨- أمراض تعفن الدم: Septicemia

وتتعلق أمراض تعفن الدم بوجود بكتيريا عضوية Pathogenic Bacteria في الدم. وهذا قد يسبب التهابات حادة مؤديا إلى الوفاة.

٩- التهاب الكلى: Nephritis

وهذه الالتهابات قد تكون حادة أو مزمنة. وقد تنجم هذه الأمراض عن الالتهابات البكتيرية أو تسمم الأدوية والعقاقير والكحول. وقد تتطور الحالة من الفشل الكلوي المرتبطة باحتباس البول مما يسبب تسمم الدم. وتقود حالات الفشل الكلوي المزمنة بضرورة غسيل الكلى Dialysis بصورة دورية.

١٠- مرض الزهايمر: Alzheimer

يتصف هذا المرض المتطور والمرتبط بفقدان الذاكرة بصورة متصاعدة وتغييرات في الشخصية، وفي النهاية الفقدان الكامل للوظائف والقدرات. والعامل المسئول عن هذا المرض مازال مجهولا كما لا يوجد دواء له، إلا أنه توجد بعض الأدوية التي قد تبطئ عملية تطوره إلى حد ما.

القسم الثاني

التقدم في السن عندما يكون مصحوبا بأوجه عجز (إعاقات)

أ- ارتفاع معدل الحياة المتوقع: Increased Life Expectancy

ما زال كبار السن من أصحاب أوجه العجز والتي انتهت إلى إعاقات حتى الوقت الراهن بعيدين على أن يتمتعوا بنفس معدلات البقاء على قيد الحياة مقارنة بأقرانهم من غير المصابين بإعاقات. وتحول الأوضاع الصحية الثانوية كأمراض الجهاز التنفسي والفشل الكلوي والحوادث والالتهابات والاكتئاب مندمجة مع الافتقار وندرة الرعاية الطبية الأولية الكفؤة بين كبار السن المعوقين بأية إعاقات بدنية أو وظيفية وأن يعيشوا العمر المتوقع الحقيقي لبقائهم على قيد الحياة.

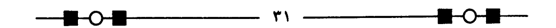
وقد أدى التقدم الهائل في الأدوية الطبية وبرامج التأهيل في الأيام الحالية وحديثا جدا إلى وضع استثناءات بالنسبة للعديد من الأشخاص للعيش في الحياة المتأخرة بصورة منطقية حتى بالنسبة لهؤلاء الأفراد الدين يعانون من إعاقات شديدة. وفي الواقع فإن التقدم في السن مع وجود إعاقات بدنية أو وظيفية يعد واحدا من أكثر التطورات أهمية في مجال التأهيل.

ب- تغييرات العجز (الإعاقة) عبر سني الحياة Disability Changes Over Lifetime

لا يتقدم كبار السن ذوو الإعاقات البدنية أو الحسية أو الوظيفية من العمر بطريقة واحدة ويبدو هذا واضحا في النقاط الآتية:

ب/١- ظاهرة التقدم في السن The phenomenon of Aging

يعود مصطلح التقدم في السن Aging بالنسبة لأخصائي التقدم في السن Gertologist إلى التطور الطبيعي للوظائف البيولوجية والنفسية والاجتماعية بعد نقطة محددة من الوصول إلى أقصى درجة من النمو (Birren & Schaie 1985). وغالبا ما تهدف أبحاث التقدم في السن إلى اكتساب الفهم والتنبؤ والتحكم للمتغيرات الجينية والبيئية والصحية وأسلوب الحياة التي تؤثر على عمليات التقدم في السن بحيث يمكن للشخص أن يحيا ويتمتع بنوعية حياة جيدة لأقصى عدد من السنين.



والتقدم في السن بمعنى التقدم البيولوجي يبدأ عندما يصل الفرد إلى سن الخامسة والعشرين حيث ذروة النضج الجسمي وبعدها يبدأ التراجع وتبدأ التغيرات الارتقائية في الاتجاه نحو التناقص حيث تبدأ الأجهزة أو الأنظمة العضوية Organ systems في فقدان ١٪ من وظائفها أو من قدرتها على الأداء كل سنة. وتبرز أهمية هذه الحقيقة في أن الأبحاث والدراسات الخاصة بالتقدم في السن يجب أن تبدأ مع الأشخاص الذين مازالوا في العشرينيات من عمرهم.

وقد ميز أخصائيو التقدم في السن بصورة تقليدية بين ثلاثة أنواع من التقدم في السن: البيولوجي أو الحيوي والنفسي والاجتماعي.

فالإمكانيات الحيوية تتضاءل بصورة أكبر مما يحدث مع الإمكانيات النفسية والاجتماعية وتبدأ في الانحسار والتقهقر تدريجيا. وبالرغم من هذا الانحسار الحيوي (البيولوجي) إلا أن الأمراض الجسمية لا تظهر ارتفاعا سريعا في الشيوع والانتشار حتى سن السبعين (٧٠ عاما) لأن جميع الأجهزة العضوية تحتوي على إمكانيات احتياطية هائلة Large Reverse Capacities (Kailes, 2001).

ويصل النضج النفسي ذروته في سن الخامسة والثلاثين (٣٥ عاما) كما قاس بالقدرة على التعلم والذكاء والأداء الإبداعي والمهاري. ويتراجع التقدم النفسي في السن بمعدلات أبطأ مقارنة بالتقدم الجسمي في السن لأن الأشخاص يتعلمون ويكتسبون قدرات وإمكانيات تعويضية Compensatory Abilities.

ويبلغ النضج الاجتماعي ذروته في سن الخامسة والخمسين (٥٥ عاما) مقاسا بالدخل الشهري وعدد الأدوار الاجتماعية المهمة والتقدم والترقيات في الوظائف.

ويستطيع الأشخاص بصورة عادية أن يحتفظوا بأدوار اجتماعية في سنيهم السبعينية والثمانينية.

ب/٢-١المشكلات الطبية:

في حين لا يرتبط التقدم في السن بمعدلات مرتفعة في الصعوبات العضوية والوظيفية إلى أن يصل الشخص إلى السن التي تتراوح بين السبعين والخامسة والسبعين (٧٠ - ٧٥ عاماً) إلا أن الأشخاص المعوقين يظهرون معدلات عالية من تلك الصعوبات قبل ٢٠ - ٢٥ سنة من وصولهم إلى السبعينيات. كما أن هؤلاء الأشخاص المعوقين عضويا أو حسيا أو وظيفيا يظهرون من ثلاثة أضعاف إلى أربعة

أضعاف عدد الإصابات أو المشكلات الصحية الثانوية مقارنة بأقرانهم من نفس الفئة العمرية غير المعوقين صحيا أو وظيفيا. وتتولى المعلومات التالية ترجمة هذه الحقيقة.

* تكون معدلات أمراض الجهاز التنفسي عند المسنين المعوقين (الذين يعانون من زملة ما بعد شلل الأطفال Post- polio syndrome) أربعة أمثال ما هو عند المسنين من غير المصابين بهذه الزملة.
* يكون مرض السكري عند المسنين المعوقين من خمس إلى ست أمثال ما هو عند الأفراد المسنين من غير مرضى السكر.
* تعد أمراض الأوعية الدموية السبب الثاني المؤدي للوفاة لدى الأشخاص المسنين المصابين بإصابات العمود الفقري Spinal Cord Injury.
* تكون الكسور أكثر شيوعا وهي عند كبار السن المصابين بالشلل الدماغي خمس أمثال نسبته شيوعا عند المسنين البريئين من هذه الإصابة.
* تؤثر هشاشة العظام Osteoporosis على أداء الوظائف الحركية عند ٧٠٪ تقريبا من الأشخاص المسنين ذوي الإعاقات والذين تتأثر قدراتهم الحركية بهذه الإصابة وهو ما لا يحدث عند المسنين الذين لا يعانون من هشاشة العظام.

وتشمل الأمراض الأخرى التي تمثل مستويات إصابة عالية بين كبار السن أمراضا مثل:

* ارتفاع ضغط الدم Hypertension.
* القرحات الناجمة عن الرقود الطويل في السرير Pressure Sores.
* ارتفاع الكوليسترول في الدم.
* البدانة.
* أمراض القلب.
* السكري.
* أمراض الجهاز التنفسي.

ومازالت الأسباب مجهولة نسبيا لكن يبدو أنها تمثل عوامل متعددة الأوجه تعمل سويا في آن واحد (Koiles, 2001) .

وتؤدي الإعاقة التي تحدث للشخص في سن مبكرة من حياته إلى تقليص إمكانيات الشخص الاحتياطية الكامنة في أجهزته العضوية. وبالتالي فإنه مع التقدم الطبيعي في السن تزيد فرص حدوث العديد من الأمراض، وتبدو العلل عالية الاحتمال. كما ترتبط بعض المشكلات الصحية بالتغييرات الواسعة في فيزيولوجية الجسم، وعلى سبيل المثال فإن المعدلات المرتفعة من الكوليسترول لدى الأشخاص المصابين بإصابات العمود الفقري (SCI) تعد أمرا غير طبيعي في المراحل المبكرة من العمر (Bauman & Spungen 1996).

كما يكون الأشخاص الذين يطورون زملة ما بعد شلل الأطفال معرضين لمستويات ارتفاع في الضغط أعلى من أقرانهم المصابين بشلل الأطفال ولكنهم قادرون على السير ولم يتعطلوا عن الحركة (Kemp & Comp bell 1993)).
وتتضمن المشكلات المعقدة بالعظام Orthopedics التي تنتج آثارا حادة على الأداء اليومي ونوعية الحياة:

- فقدان العظام والكسور.
- خلع الوركين Dislocations.
- إصابات العضلات الدائرية الطرفية Rotator Culf Injuries.
- التواء العمود الفقري. Scoliosis
- زملة الاستخدام الزائد Over- use Syndrome.

وتبرز المشكلات العظمية بسبب الاستخدام والاستنفاذ المفرط (بسبب التعويض عن تأثيرات الحركة أو الوقفة الناجمة عن الإعاقات والحوادث وأوضاع مثل هشاشة العظام والأيض ومحو الاشتراط) (Kailes, 2001)

ب/٣- المشكلات الوظيفية الادائية Functional Problem

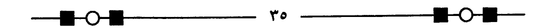
يؤثر الحدوث المبكر للمشكلات الوظيفية على أنشطة الحياة اليومية Activities of Daily Living (ADL) كالتحرك وارتداء الملابس والتزين وغيرها. وعلى أنشطة الحياة الوسيلية Instrumental Activities of Daily Living

(IADL's) كالتسوق والانتقال وركوب وسائل النقل وإدارة الأمور المالية والعمل والترويح.

وعادة ما تبدأ هذه المشكلات الوظيفية بفقدان القوة وبخسارة المعدلات الطبيعية للحركة وبارتفاع معدل الشعور بالألم. وتعد هذه الأعراض المعقدة من أكثر الخصائص انطباقا وارتباطا بالتغيرات الوظيفية بالتقدم في العمر. وتؤلف هذه الأعراض سويا بالإضافة إلى الأداء المتناقص Decreased function زملة ما بعد شلل الأطفال Post- Polio syndrome التي يتعرض لها ما يقارب ٨٠٪ ممن لهم تاريخ سابق في شلل الأطفال (Halstead, 1991). كما تؤثر هذه الأعراض المعقدة على الكبار الآخرين بصورة متزايدة لدرجة استدعت أن تشكل ويطلق عليها زملة ما بعد الإعاقة Post- Disability syndrome. وعلى سبيل المثال فقد وجد بعض الباحثين ما يقارب ١/٣ الأشخاص من المتقدمين في السن ومن المصابين بإصابات العمود الفقري قد تعرضوا لمثل تلك التغييرات ومجموعة الأعراض المعقدة تلك. كما وجد باحثون آخرون أن ٢٦٪ من كبار السن ممن مضت خمس سنوات وأكثر على إصابتهم في العمود الفقري قد أظهروا نفس الأعراض التي بدأت بالتعب والإعياء البالغ. كما وجدت نتائج مماثلة لدى مرضى الشلل الدماغي Cerebral Palsy والتهاب المفاصل الروماتيزمي (Rheumatoid Arthritis) (Comp bell, et. al 1998).

ويعد العمل بوصفه نشاطا وظيفيا أكثر عرضة بصورة خاصة لآثار التقدم في السن. ولأن العمل يحتل مكانة عالية ويمثل قيمة بالغة في حياة الفرد فإن العديد من كبار السن المصابين بالأمراض والإعاقات يخبرون الإعياء والتعب والألم والضعف يحاولون جاهدين الاحتفاظ بأدوار العمل كأولوية بالغة في حياتهم بالرغم من كل ما يواجهونه من صعوبات.

وبصفة عامة فإن جهودهم هذه قد لا تؤتي ثمارها وقد لا تكون كفيلة بمحافظتهم على معدلات الأداء التي كانوا يتميزون بها سابقا. وتشير الكثير من الدراسات مثل Me Neal, et. al 1996; Kailes, 2001 إلى أن كبار السن غالبا ما يتخلون عن أنشطة الترويح التي كانوا يمارسونها، كما أنهم يلجأون للحصول على خدمات مساعدة أكثر في الأنشطة الحياتية الوسيلية، بالإضافة إلى أنهم يحاولون الحصول على فترات راحة أطول، وذلك من أجل الاحتفاظ بقوتهم وإمكانياتهم لمواجهة مطالب العمل بصورة طبيعية.



ب/٤- التغيرات النفسية الاجتماعية Psychosocial Changes

تعد التـغيرات النفـسية الاجتـماعيـة مهمـة ليس فقط لتأثيـرها على الأفراد المتـقدمين في السن لكن أيضـا لكونها تـؤثر بشكل بالغ على أسر هؤلاء الكـبار. وتتأثر نوعية الحياة Quality of life سلبا بتغيرات الوظائف والأداء و الصحة المرتبطة بالتقـدم في السن. وقد توصل بعض البـاحثين إلى أن المصـابين بإصابات العـمود الفقري الذين تراجعت مستويات أدائهم قدروا حياتهم بأنها أقل رضا وإشباعا مقارنة بأقرانهم من الذين لم تتغير مستويات أدائهم (Gerhart, et. al 1993).

وبصورة مماثلة توصل باحثون آخرون إلى أن الرضا عن الحياة كان أقل نسبيا بين الأشخاص المصابين بإعاقات صحية مقارنة بأقرانهم من غير المصابين، كما تبين أن تلك الفروق بين المجـموعـتين قد ارتبطت بمشكلات الصـحة والحركـة والعمل والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الصحية.

وبالإضافة إلى تدني نوعيـة الحياة فإن الانحسار في الصحـة والأداء غالبا ما يؤدي للإصابة بالتعاسة النفسيـة أو الاكتئاب. وتكون المعدلات الكلية لاضطرابات الاكتئاب بين الأشخاص المتقـدمين في السن المصابين بإعاقات تعادل مثلين أو ثلاثة أمثـال معدلات الاكـتئاب بين المتـقدمين في السن من غيـر المعوقين Fuhrer, et al 1993; Kemp, et. al 1997; Mccoll & Rosenthal, 1994.

وتمثل نتائج التغييرات الصحية والوظيفية على الأسرة جانبا مهما أيضا، لأن الأسرة عادة ما تكون أول من يدعى لتقديم الدعم والمسـاعدة والخدمات عندما يبدأ حدوث التغييـرات في القدرات الصحية والوظيفية لكبـار السن من أفرادها. وغالبا ما تكون تلك الأسر غيـر مستعدة أو غير قادرة على مواجـهة الأعباء المرتبطة بأداء مثل هـذه المهام الجديـدة عليهـا. وتشير الـدراسات (Holicky, 1996; Heller & Factor, 1991) إلى أن الأسر تتعرض للقلق والهم والتوتر بما في ذلك أفراد الأسرة من الأشخاص المصابين بتخلف عقلي أو إعاقات حركية.

عرضنا فيما سبق للأمراض التي يتعـرض لها كبار السن أكثر من غيرها، ثم تعرضنا للمتاعب التي تقابل كـبار السن إذا ما صاحب كبر السن أي لون من ألوان الإعـاقات أو الإصـابات. ونتحـدث بصفـة عامـة مع بعض التفـصيل عن أحـد الأمراض التـي كثر بشـأنها التسـاؤلات عن أسـبابهـا وآثارها وعلاجهـا وهي من الأمراض التي يفـترض أنها مـرتبطة بكبر السن والتـقدم فيـه وهي مرض الزهايمر

Alzheimer's Disease ثم نتحدث بعد ذلك عن تأهيل كبار السن مع التركيز بصفة خاصة على تأهيل كبار السن من المصابين بالقلب كنموذج وباعتباره يحتل المرتبة الأولى بين الأمراض التي تسبب الوفاة بين كبار السن.

القسم الثالث

مرض الزهايمر

أ- ما مرض الزهايمر؟

يعد مرض الزهايمر[1] - حتى الآن على الأقل - من الأمراض المستعصية بمعنى أنه إذا تطور أو تبلور فلا يمكن وقفه أو القضاء عليه irreversible، وهو مرض تقدمي progressive تزداد فيه الأعراض سوءاً إذا لم يكن هناك أية محاولات لمواجهته. وهو مرض يصيب الدماغ ويتصف المصابون به بالخلل في الذاكرة وبالاضطراب في واحدة على الأقل من عمليات التفكير (مثل اللغة أو إدراك الواقع). ويعتقد العديد من العلماء بأن مرض الزهايمر ينتج عن زيادة في إنتاج أو تراكم بروتين معين - Beta- Amyloid protein- الذي يؤدي إلى موت بعض الخلايا العصبية في الدماغ (Bromstein, 2005). وتتسبب خسارة الخلايا العصبية في مناطق الدماغ الاستراتيجية بدورها في إحداث خلل في التوصيلات العصبية (Neurotransmitters) التي تقوم بوظيفة الموصلات الكيميائية للدماغ (Brains Chemical Messengers).

ولا يعتبر مرض الزهايمر مرضا طبيعيا أو عاديا من مستلزمات مرحلة التقدم في السن بمعنى أنه ليس مرضا حتميا يحدث لكل فرد في أواخر عمره، لكنه واحد

---

(١) مرض الزهايمر Alzheimer's Disease نوع من الخبل Dementia يصيب الفرد في نهاية العمر يعزى إلى تدهور منتشر في خلايا المخ في الأبنية الشبكية والخيطية. وأول من وصف هذا المرض هو عالم الأعصاب الألماني «الوس الزهايمر» عام ١٩٠٧. ويبدأ ضمور اللحاء في حوالي سن الخمسين، ثم يتقدم هذا الضمور بسرعة وتتوالى الأعراض في مراحل ثلاث:

- في المرحلة الأولى: تدهور الذاكرة تدهورا تدريجيا، ضعف الإدراك والتفكير، القصور في أداء الأعمال اليومية.
- في المرحلة الثانية: تدهور عقلي وانفعالي مع الخلط، اكتئاب، القابلية للتهيج، التجوال، القلق، الكلام الممضوغ، عدم القدرة على القراءة، أو الكتابة.
- في المرحلة الثالثة: الفقدان المتزايد للتوجه الصحيح، عدم التماسك- عدم التعرف على الأقارب، الهزال والسقام.

وعادة ما يموت المريض في غضون أربع أو خمس سنوات. (جابر، كفافي، ١٩٨٨، ١٤٢).

من اضطرابات الخبل Dementia[1] التي تضم مجموعة من أمراض الدماغ تؤدي إلى فقدان الوظائف العقلية والجسدية.

وتتفاوت مدة مرض الزهايمر ومعدلات التراجع والخسارة من شخص إلى آخر، لكن في المتوسط يعيش مرضى الزهايمر من ٨-١٠ سنوات بعد تشخيصهم بالإصابة إلى أن المرض قد يستمر لمدة تفوق على عشرين سنة في بعض الحالات .National Instiute on Aging (NIA 1999)

ب- من هم المرشحون لتطوير مرض الزهايمر:

يعد التقدم في السن عامل الخطر الرئيسي للإصابة بالزهايمر؟ ومع تقدم السن ترتفع نسبة الإصابة بهذا المرض. وتبلغ نسبة المصابين به ممن تجاوزوا سن الخامسة والستين (٦٥ عاما) ١٠٪ وترتفع نسبة الإصابة إلى ٥٠٪ بين الكبار الذين بلغوا الخامسة والثمانين (٨٥ عاما) أو تجاوزوها. ويتوقع أن يبلغ عدد المصابين بهذا المرض في الولايات المتحدة مثلا ١٤ مليونا وذلك في مستهل عام ٢٠٥٠ .

ويستلزم مرض الزهايمر نفقات باهظة التكاليف في مواجهته. وبلغت التكلفة السنوية لرعاية مريض الزهايمر متوسط أو شديد الإصابة في الولايات المتحدة عام

---

(١) الخبل Dementia : تدهور معمم للوظائف الانفعالية والعقلية مثلما يحدث في الذاكرة والحكم والفهم والاستجابات الوجدانية، ويعزى إلى مرض عضوي في المخ. ولا يتضمن الفقدان العام للقدرات العقلية عادة ظاهرة تعتيم الشعور. ولكن في الحالات الشديدة يؤثر هذا الفقدان في النشاط المهني والاجتماعي وتحدث هذه الحال بصفة عامة في حالات خبل الشيخوخة Senile D. وتصلب الشرايين في المخ. General arteriosclerosis والتهابات الدماغ encephalitis وعدوى الزهري Syphilitic infection كما يحدث بدرجة أقل في حالات مرض الزهايمر ومرض بل Pick;'s D وخوريا هنتنجتون Huntingtan chored وذهان كورساكوف Korsakoff's psychosis ومرض ورنيكه .Wernicke's D. وفي بعض الحالات يحدث الخبل مصحوبا بأورام مخية brain tumor ونقص إفراز الغدة الدرقية hypothyroidismوالأورام hematoma أو أية عوامل أخرى نوعية مما يمكن علاجه

- والأعراض النوعية للخبل تتضمن تضرر الذاكرة والتفكيرة التجريدي والقدرة على إصدار الأحكام وفي حالات أخرى تتضمن الحبسة اللغوية aphasia أو الحبسة الحركية apraxiaوالتغيرات في الشخصية، وقد يكون الخبل حقيقيا وهو الاضطراب غير القابل للشفاء، أو يكون ظاهريا. ويبدو في هذه الحال وكأنه خبل حقيقي ولكنه يتحسن مع العلاج وهو ما يعرف بالخبل الكاذب psedo-dementia. ويبدو التدهور في الخبل في اتجاه مضاد لنمو الحياة العقلية وارتقائها. فالعمليات العقلية العليا وأكثر الوظائف ارتقائيا وآخرها تكوينا تكون أولها فسادا واضطرابا في حال الخبل والعكس صحيح . (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٨٩٩-٩٠٠).

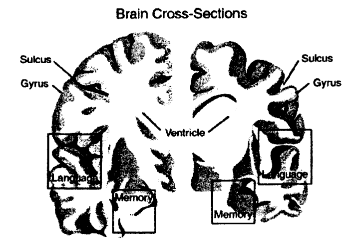
١٩٩٨ ما معدله ٤٠,٠٠٠ (أربعون ألف) دولار أمـريكي لكل مريض. كما تقدم التكلفة السنوية لرعاية هؤلاء المرضى بما يناهز الخمسين بليون دولار أمريكي (Lean . et. al as cited in NIP, 1999)

ج- ما الذي يسبب مرض الزهايمر؟

تعد معرفة الخصائص الكلـينيكية والسلوكية التي تصف مرض الزهايمر جزءا مهما فـي حل معضلة هذا المرض. وفي حين تتضمن بعض الأمراض كـالالتهاب والسل الرئوي Tuberculosis أسبـابا واضحـة. فإن أمـراضا أخرى كـالسكري أو التهـابات المفاصل تنجم عن العـديد من العوامل المتـفاعلة سويا بما فـيهـا الوراثية والبيئية والعوامل الأخرى. ومازال العلماء عاجزين عن حل لغز هذا المرض لكنهم يتفقون على أنه يحـدث نتيجة للاندفاع والانهيار المعـقد لسلسلة من الأحداث التي تحدث داخل الدمـاغ بمرور الزمن وبصورة عامـة تندرج تلك الأحداث تحت فـئتي العوامل الجينية والعوامل غير الجينية (NIA, 1999).

ج/١ العوامل الوراثية:

توجد بينات على التأثير الوراثي في نشأة مرض الزهايمر. ويؤكد على صحة هذه الحقيقة وجود عدة أفراد مصابين من نفس الأسرة مما يشير إلى دور الوراثة في نشأة هذا المـرض على الأقل عند بعض الحالات. وقـد اكتشـف الأساس الوراثي



شكل (١-١)
مرض الزهايمر Alzheimer's Disease
صورة تشريحية مقارنة للدماغ عند مرضى الزهايمر وعند الأشخاص الطبيعيين

لهـذا المرض من خلال التـعرف على حـدوث بعض التحـولات البيـولوجيـة في الجـينات المؤدية للإصابـة بالزهايمر لدى الأسر التـي تكرر فيـها حـدوث المرض. ويحدث هذا التحول المؤدي إلى المرض في سن مبكرة (قبل سن الخمسين). وتشير بعض البراهين العلمية إلى الكروموسوم (١٩) بوصفه الجين المسئول عن المرض في بعض الأسر الأخرى المصابة بالمرض والذي تكرر فيـها حدوثه لكن في سن متأخر من العمر (NIA, 1999; Bronstein, 2005).

ج/٢/العوامل غير الوراثية:

تشير الدراسات التي ربطت بين الزهايمر والعوامل غير الجينية أو غير الوراثية إلى ارتبـاطه بنظرية التقـدم في السن. وتعـتقـد هذه النظرية أن فقـدان وخسـارة الوظائف العقليـة والجسمـية ينجم عن تراكم التلف الناجم عن عـمليات التأكـسد oxidative processes في الخلايا العصبية.

ويؤمن العلمـاء بأن أنواعا خـاصة من جزئيـات الخلايا العـصبيـة M تدعى الجذور الحرة Free Radicals التي تكون أصلا قـصيرة الحـياة Short- lived والتي تنتج وتولد من خـلال ميكانزمـات تمثيـل وأيض طبيـعيـة، تلعب دورا في تطوير العديد من الأمـراض بما فيهـا السرطان والزهايمر. وينتج الجسم هذه الجـذور الحرة كمحصلة لعمـلية التمثيل. وتقوم تلك الجذور الحرة بمسـاعدة الخلايا بطرق خاصة محددة بمقاومة الالتهابات.

وعلى أية حـال الكثيـر من تلك الجذور الحرة يمـكن أن تجرح وتتسـبب في إصابة الخـلايا لأنها تكون عالية الاسـتجابة، ويمكنهـا أن تحدث تغييـرا بالتالي في الجزئيات القـريبة المجاورة لها مثل تلك التي تحيط بغـشاء الخلية cell Membrance أو التي تكون فـي الحـامض النووي (دنا) Deoxyribonucleic (مـادة توجـد في الصبغيات الوراثية تخزن الملامح الوراثية). وتـكون النتيجة لهذه العملية هي وجود الجزئيات المندمـجة حديثا التي قد تطلق سلسلة من ردود الفعـل وتعزز جذور حرة إضافية يمكن لاحقا أن تقوم بإتلاف الخلايا العصبية.

وقد يسهم الـتلف الناتج عن التأكسد في تطوير مـرض الزهايمر بواسطة عدة أساليب بما في ذلك إرباك ميكانيكية غشـاء الخلايا الرقيق الذي ينظم تدفق العناصر الأساسيـة داخل وخارج الخلية. ومن خلال تغيـير تركيبة بعض البـروتينات المعينة

الخاصة والخصائص الفريدة للدماغ بما في ذلك المعدلات العالية من عمليات الأيض، وطول مدة الحياة لخلايا غير القابلة للانقسام، قد تجعله بصورة خاصة أكثر قابلية وعرضة للضغوط الناتجة عن التأكسد. (NIA, 1999).

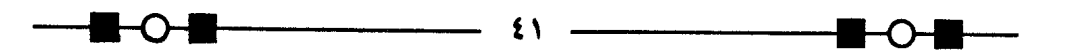
والاحتمالية الممكنة الثانية الواعدة الأخرى هي حدوث التهاب inflammation في الدماغ، والذي قد يسهم في تطوير مرض الزهايمر. وغالبا ما ترتفع قابلية التهابات الدماغ بتقدم السن، لكنها تبدو أكثر وضوحا لدى مرضى الزهايمر. وقد تمكن الباحثون من البرهنة على أن التهاب الدماغ قد يسهم في التلف الدماغي المرتبط بمرض الزهايمر.

وتشير بعض الدراسات الطولية إلى أن الاستخدام المتكرر لعقاقير الالتهاب كالأسبرين أو الأدوية المضادة للالتهابات Non- Steroidal anti- inflammatory drugs (NSAID's) يرتبط بتناقص حدوث مرض الزهايمر (Stewart,et. al 1997).

وهناك احتمالية ثالثة لنشأة ونمو مرض الزهايمر من الاحتمالات غير الوراثية من خلال العديد. والمكثف من الدراسات والأبحاث التجريبية التي أجرتها مراكز البحوث الاكاديمية في بعض الجامعات الأمريكية. وتتضمن هذه الاحتمالية وجود صلة محتملة بين الانسداد أو الاحتشاء المخي cerebral Infarction كما يحدث في السكتة الدماغية stroke والذي يحدث أيضا في مرض الزهايمر.

والاحتشاء المخي أو الانسداد الدماغي هو عبارة عن منطقة مصابة في خلايا الدماغ تحدث عادة عندما يتوقف تزويد هذه المنطقة بالدم اللازم، مما يحرم الخلايا العصبية من الأكسجين الأساسي والجلوكوز. ويمكن تحديد موضع الاحتشاء غالبا عن طريق رسم المخ الكهربائي كما يظهر من خلال نقص النشاط في المنطقة المصابة بضمور الأوعية المخية أو بالنقص الحركي، أو أي نقص آخر مرتبط بمناطق المخ المصابة (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٥٦٣).

وقد عمل بعض الباحثين في دراسة طولية هامة (Snawdon, et. al 1997) وكانت مجموعة الدراسة مكونة من ٦٧٨ من السيدات المتقدمات في السن من الراهبات اللواتي يعشن في الأديرة في مختلف الولايات الأمريكية. وقد وافقت كل مشاركة على إجراء فحص سنوي للقدرات العقلية أو الحيوية وعلى التبرع بدماغها بعد الوفاة لغايات الدراسة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المشاركات



اللواتي تعرضن لاحتشاء أو انسداد في بعض مناطق الدماغ أظهرت أعراضا للخبل Dementia لم يتم تفسيرها تشريحيا. كما لم يتمكن الباحثون من ربط تلك الأعراض بعدد التشبيكات Tangles والصفائح Plaques الموجودة على القشرة المخية. وذلك على ضوء الفحوصات التشريحية الدماغية التي أجريت لهن بعد الوفاة.

وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الاحتشاءات أو الانسدادات الدماغية قد لا تكون وحدها كافية لإحداث الخبل لكنها قد تلعب دورا هاما في زيادة شدة المؤشرات والأعراض الكلينيكية لمرض الزهايمر.

وتشير الاحتمالية غير لوراثية الرابعة والأخيرة لنشأة ونمو مرض الزهايمر إلى وجود تواز دال وواضح بين الزهايمر والأمراض العصبية الأخرى بما في ذلك أمراض بريون (Prions Diseases) وهي أمراض ناتجة عن التهابات صغيرة بروتينية المنشأ تتولى مقاومة عدم التنشيط والعمل بواسطة إجراءات تغير من الحامض النووي، ومرض باركنسون Parkinson's disease ومرض هنتنجتون Huntington's disease والخبل المرتبط بإصابة الجبهة الصدغية الأمامية. وتعد ترسبات البروتين الشاذة وغير الطبيعية داخل الدماغ هي العامل المشترك بين كل هذه الأمراض ومرض الزهايمر.

وقد فاز الطبيب ستانلي برويزنر Stanly Prusiner بجائزة نوبل في الطب عام ١٩٩٧ نتيجة اكتشافه للبريونز (Prions) وهو نوع من البروتين الالتهابي الجديد الذي أثير حوله الكثير من الجدل والنقاش (NIA, 1999). وقد تؤدي أمراض الزهايمر والبريون (كمرض جنون البقر) إلى الإصابة بالخبل والوفاة. وكلاهما يرتبط بتشكيل وإنتاج أو تراكم بروتين معين غير قابل للذوبان مثل بروتين نظير النشا Beta- Amyloid Protein - لكن من غشاء بروتينات تختلف عنها.

د- أعراض الزهايمر

يكون حدوث الزهايمر في البداية تدريجيا، وبمرور الوقت يتخذ شكلا ووتيرة أسرع وأكثر تطورا ويزداد حدة وشدة . ولا توجد أعراض فريدة خاصة بالمرض، لكنها أعراض تتقدم عبر مراحل من فقدان الوظائف العقلية والجسدية مبكرة، تبدأ بسيطة وتنتهي إلى حادة وشديدة إلى شديدة جدا. ويطلق على عملية الخسارة هذه

الخبل أو العته Dementia بالرغم من أن خطر تطوير الزهايمر يرتفع مع تقدم السن إلا أن أعـراض الزهايمر والخبل لا تعـتبـر جزءا مـن التقـدم الطبيـعي في السن. ويحدث الزهايمر والاضطـرابات الأخرى مثل الخـبل بسبب أمراض تصـيب الدماغ .(NIA, 1999)

وقـد حـددت جـمـعـيـة الزهايمر الأمـريكيـة American Alzheimer's Association as cited in Bronstein 2005) المجموعة التـالية من المؤشرات المنذرة التي قد تتضمن أعراضا شائعة في حالات الزهايمر. ويجب على الأشخاص الذين يظهرون هـذه الأعراض المسارعـة بمراجعـة الطبيب المخـتص لاستكمـال إجراءات التقييم وعمل التشخيص الدقيق، وهذه الأعراض هي:

- فقدان الذاكرة التي تؤثر على مهارات الوظيفة.
- الصعوبة في أداء المهام المألوفة.
- مشكلات في إصدار اللغة.
- الارتباك وعدم القدرة على التعرف على الوقت والمكان.
- أحكام عقلية ضعيفة وناقصة.
- مشكلات في التفكير المجرد.
- إضاعة الأشياء ووضع الأشياء في غير مكانها.
- تغييرات في المزاج والسلوك.
- تغييرات في الشخصية.
- فقدان المبادرة.

وتعد مشكلات الذاكـرة وبصورة خاصة الذاكرة قصيـرة الأمد من المؤشرات المبكرة الحـدوث في مرض الزهايمر. وعلى سـبيل المثـال قد ينسى الشـخص -في مناسبات عـديدة- أن يقوم بإطفاء المكواة أو الغاز أو أن يفـشل في تذكر أية أدوية تناولها في الصباح. وأيضا قد تحدث في المراحل المبكرة من المرض بعض التغيرات البسيطة في الشخصية كالمبـادرة الأقل أو الشعور باللامبالاة والنزعة للانسحاب من التفاعلات الاجتماعية.

وحين يتطور المرض تتطور مشكلات التفكير المجرد أو المشكلات العقلية والفكرية. وقد يبدأ الشخص في مواجهة صعوبة في العمل مع الأرقام عند تنظيم الفواتير والأوراق الأخرى الهامة، وفي فهم ما يقرأ لتوه أو في تنظيم الأعمال اليومية. كما قد يكون هذا مصحوبا باضطرابات أخرى في السلوك والمظهر الخارجي، كالمنهج وحدة الطبع والنزعة للشجار والقدرة المتضائلة في ارتداء الملابس والعناية بالمظهر الكلي.

وفي المراحل النهائية لهذا المرض قد يصبح الأشخاص المصابون به عاجزين عن تقدير ماهية السنة أو الشهر، ولا يستطيعون أن يصفوا بدقة أو أن يقوموا بتسمية أماكن أو أسماء قاموا برؤية أصحابها حديثا، أو حتى معرفة كيفية غسيل اليدين، وفي النهاية قد يهيمون على وجوههم أو يضلون طريقهم، ولا يستطيعون الاشتراك في حديث، ويبدون غير منتبهين لشيء، وتظهر عليهم غرابة الأطوار والشرود واللامبالاة، كما يفقدون القدرة على التحكم في وظائف التبول والتبرز.

كما وقد يصبح الأشخاص المرضى في المراحل الأخيرة من المرض أو في الحالات الشديدة جدا غير قادرين كلية على العناية بأنفسهم وغير قادرين على مغادرة السرير مما يستلزم إيداعهم في دور كبار السن. ومن ثم يعقب ذلك حدوث الوفاة بسبب البنيومونيا (Penu Monia)، والتهاب الرئتين أو بسبب بعض المشكلات الصحية الأخرى التي قد تحدث في الأحوال الصحية الشديدة التدهور (Bronstein, 2005).

هـ- تشخيص الزهايمر:

يستخدم الكلينيكيون عدة وسائل وأدوات لتشخيص وجود مرض الزهايمر المحتمل Possible Alzheimer Disease لدى المرضى الذين يواجهون صعوبات في الذاكرة أو الوظائف العقلية الأخرى. وتتضمن تلك الأدوات التاريخ الشخصي والمرضي للمريض والفحص الجسمي الطبي الكلينيكي، والاختبارات المخبرية والمسوحات والصور الطبقية أو المقطعية الدماغية Brain Scans وسلسلة من الفحوصات التي تقيس الذاكرة واللغة والمهارات والقدرات الأخرى المتصلة بوظائف الدماغ. وعلى أية حال فإن تشخيص مرض الزهايمر قد يتم بصورة قاطعة وحاسمة فقط من خلال فحص الدماغ بعد الوفاة بواسطة تشريح الجثة Autopsy لتقرير وجود خصائص الصفائح والتشبيكات في بعض مناطق الدماغ.



وكلما أجرى التشـخيص الدقيق وبصورة مبكرة كانـت الفائدة أكبر في إدارة الأعراض والتـحكم فيـها وتقدير التـاريخ الطبيـعي لوجود مرض الـزهايمر. ويعد التشخيص المبكر أمرا مهما بصورة خـاصة بالنسبة للمرضى وأسرهم لأنه يساعدهم في التخطيط لبـدائل وخيارات الرعـاية الحالية والمـستقبلـية في الوقت الذي يكون المريض مازال في حـالة عقليـة تسمح له باتخاذ بعض الـقرارات المتعلقـة به. وقد أحرز الباحـثون تقدما ملحوظا في تـطوير اختبارات وتكنيكيات تشـخيصية دقـيقة يمكن استـخدامهـا مع المرضى الذين مازالوا على قيـد الحياة. وتصل كـفاءة تلك المقاييس إلى درجة ٩٠٪ من الدقة في تقرير وجود المرض (NIA, 1999).

و- علاج مرض الزهايمر:

من الواجب التأكـيد على حـقيقـة أن مرض الزهايمر ـ في حـدود المعطيات الحاليـة ـ مرض لم يكتشف له عـلاج شاق بعد، ولكن هذا لم يمنع البـاحثين من تقديم بعـض الأدوية الملطفة والمخفـفة نسـبيـا لأعراض التراجع العـقلي والتي لا تتجـاوز كفاءتـها مدة تتـراوح من عدة أشهـر وسنتين. وقد وافـقت إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية على الأدوية الكابحة نسبيا للمرض لمعالجة الزهايمر. ولا توقف هذه الأدوية أو تعـوِّض عن التدهور الحـادث في القـدرات العقليـة المرتبط بمرض الزهايمر بمجرد تشخـيص حالته. وبكلمات أخرى يجب ألا يتـأخر العلاج الدوائي انتظارا لظهـور تدهور أشـد حدة لدى المريض. وتشـيـر الدراسات إلى أن تأخـر المرضى في الاسـتـفادة من برنامـج العلاج الدوائي يـؤدي إلى تقليل الاسـتجـابة القـصوى المحتـملة والفـائدة المرجوة من تلك الأدوية. ويجب أن يخـضع المرضى لتناول الأدوية لمدة تتراوح من ٣-٥ سنوات إلى أن يـحدث الخلل الكلينيكي الذي لا تجدى معه العلاجات القائمة الآن Strock, 1999; NIA 1999.

وقد استـقطب مرضى الزهايمر اهتمـام العديد من الباحثين وجـهودهم الذين سعوا للتعرف على أساليب الوقاية الممكنة من هذا المرض، وتقول مديرة قسم العلوم العصبيـة العقلية في جامعة جون هـوبكنز «مارلين ألبرت» Marilyn Albert, 2001, ascited in Medical News Today, 2004 «يوجـد الكثـيـر المتنوع من العـوامل المتعلقة بعوامل أساليب الحياة التي يمكن للأشخاص أن يشاركوا فيها والتي قد تقلل من خطر الإصابة بالتراجع العـقلي، فالدماغ يتمتع بالكثيـر من المرونة بدرجة أكبر مما يعتقده البعض. فهو يتمتع بخصائص وإمكانيات التجديد والتوليد.

لقد آن الأوان للتفكير جديا في هذا الخطر. ويجب أن نخبر الناس أنهم يحتاجون إلى التفكير مليا وبعناية بشأن صحتهم العقلية وبنفس الدرجة والاهتمام الذي يولونه لصحتهم البدنية. لقد تطورت المعرفة العلمية الخاصة بالأسباب المسئولة عن الإصابة بمرض الزهايمر خلال العشر سنوات الماضية.

ويجب أن يبدأ الناس بصورة مبكرة قدر الإمكان، ومن الواجب حتما أن يكون في مرحلة أواسط العمر في التعرف على تلك العوامل الممكن التحكم بها ومراعاتها إذا كانوا راغبين في تجنيب أنفسهم التدهور العقلي المرتبط بهذا المرض العقلي عندما يصلون مرحلة متقدمة من السن.

وتشير نتائج إحدى الدراسات الطولية Kivipelto, et. al, 2002; kelly التي أجريت في السويد على عينة مؤلفة من ١,٥٠٠ (ألف وخمسمائة) إلى أن الأشخاص الذين يعانون من البدانة في مرحلة أواسط العمر يكونون معرضين بصورة مضاعفة للإصابة بالخبل خلال مرحلة التقدم في السن. كما أن الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم والكوليسترول يكونون معرضين لخطر الإصابة بالزهايمر بمعدل يساوي ستة أمثال معدل إصابة الأشخاص الذين لا يعانون من ارتفاع الضغط أو الكوليسترول.

وتشير نتائج دراسة طولية أخرى قام بها فريق من كلية الطب بجامعة هارفارد. (Harvard Medical School as Cited in Gaodner, 2004) على عينة مؤلفة من ١٣,٠٠٠ (ثلاث عشر ألفا) من النساء، إلا أن النساء اللواتي يتناولن الكثير من الخضروات مقارنة باللواتي لا يأكلن إلا القليل منها خلال سن أواسط العمر أقل احتمالا لأن يفقدوا قدراتهم العقلية خلال سن السبعينيات.

القسم الرابع

تأهيل كبار السن

أ/ ضرورة التأهيل:

غالبا ما يكون التأهيل ضروريا ولازما لكبار السن، وعادة ما يصمم على نحو يناسب كل مريض ونوع العجز أو الإعاقة التي يعانيها، حيث يحدد نوع الإعاقة كالسكتة الدماغية أو كسر الحوض أو بتر الأطراف، أو بعد خضوع المريض

لعمليات القلب أو إزالة ومعالجة الأورام السرطانية، طبيعة البرنامج التأهيلي. ويستطيع كبار السن حتى الذين يعانون من خلل عقلي الاستفادة من التأهيل. ولا يعد التقدم في السن سببا لتأجيل أو تجاهل أهمية التأهيل. وعلى أية حال فيجب أن نضع في أذهاننا أن كبار السن قد يتقدمون نحو الشفاء ببطء لأنهم يفتقرون إلى التحمل والثبات، مثلما يحدث في حالات مضاعفات الأمراض القلبية والاكتئاب والخبل، أو بسبب القوة العقلية وعدم القدرة على تحريك المفاصل بكفاءة أو ضعف التآزر الحركي، أو بسبب ضعف سرعة الخاطر أو الذكاء.

وغالبا ما يفضل أن يتم تصميم برامج تأهيل خاصة لكبار السن، ويعود ذلك لأنهم غالبا ما يكون لهم أهداف مختلفة. ويتطلبون برامج تأهيل مكثفة بصورة أقل، ويحتاجون إلى نوع خاص من الرعاية تختلف عن تلك الموضوعة للأصغر سنا. وغالبا ما يكون الكبار في البرامج التأهيلية المصممة تبعا للسن أقل احتمالا لأن يقارنوا تقدمهم بالتقدم الذي يحرزه المريض الأصغر سنا، وبالتالي لا يصبحون مثبطي العزيمة والدافعية على الاستمرارية. وقد تصمم بعض البرامج خصيصا لأوضاع كلينيكية خاصة محدودة (مثل التعافي من جراحة كسر الحوض). ومن البديهي أن يعمل المرضى من نفس الأوضاع الصحية سويا نحو تحقيق الهدف من خلال تشجيع بعضهم البعض وبالتالي تعزيز أهداف التدريب التأهيلي.

ب/ بنية فريق التأهيل وأسلوب عمله:

هناك نمطان شائعان من الفرق التي تعمل في مجال التأهيل عامة وفي مجال تأهيل كبار السن خصوصا وهما:

- الفريق البيني الذي يضم أعضاء متداخلي التخصصات Geriatric Interdisciplinary Team
- الفريق متعدد التخصصات الذي يضم أعضاء ينتمي كل منهم إلى تخصص معين Geriatric Multidisciplinary Team.

وفي الجدول (١-٣) أهم الفروق بين هذين النمطين من فرق التأهيل في بعض جوانب عملية التأهيل.



شكل (١-٢)
اخصائي العلاج الطبيعي
عضو أساسي في فريق
التأهيل

جدول (١٩-١)

الفريق البيني متداخل التخصصات في مقابل الفريق متعدد التخصصات
وأسلوب كل منها القيام بعملية التأهيل

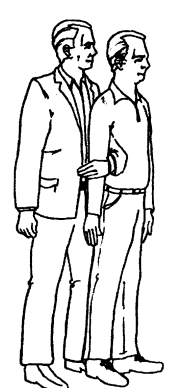
الفريق / بند المقارنة	الفريق البيني متداخل التخصصات في تأهيل كبار السن	الفريق متعدد التخصصات في تأهيل كبار السن
مدخل الرعاية	- العمل بطريقة تكاملية متسقة مع الأهداف.	- العمل في تواز بدون رعاية متكاملة ضمن خطة شاملة أو أولويات في نظام العمل
التدريب	- حضور الاجتماعات العادية عند مناقشة الأهداف التي تبناها فريق العمل وكذلك البنية والعملية والاتصال.	- تعلم العمل معا في المهمة مع القليل من التدريب الرسمي أو بدون هذا التدريب
قادة الفريق	- يتغير القادة يوميا، ويعتمد ذلك على حاجات المريض أكثر مما تعتمد على اقتناع أعضاء الفريق الآخرين أو نظام الرعاية الصحية.	- يفترض أن يكون القائد هو الطبيب
دور المريض	- يحسب كعضو في الفريق. ويكون التركيز (مع الأسرة) على الفريق .	- لا يحسب كعضو في الفريق. ويتم إعلانه بخطة الرعاية بعد أن يتم وضعها.

وقد يضم الفريق التأهيلي أطباء وممرضين ومعالجين طبيعيين ومعالجين مهنيين ومعالجي نطق وأخصائيين نفسيين وأخصائـيين اجتماعيين وممارسى الرعاية الصحية الآخرين بالإضافة إلى المريض وأسرته.

وغالبا ما يتولى طبيب نفسي Psychiatrist أو أخصائي في أحد تخصصات التقدم في السن Geriatrician إدارة وتنسيق العـمل ما بين أعضـاء هذا الفريق. وتتـولى مديرة الحـالة Case Manager أو الممـرضة عرض أحـدث نتائج الـعلاج للمريض وأسـرته والفريق كلمـا كان ذلك ضروريا. وتقـوم الممرضـة أيضا بزيادة جرعـة العلاج الرسمي وتعـزز المهارات التي تم اكتسـابها من قبل المرضى، كـما يمكنها أن تساعد في الوقـاية من تطور إعاقة ثانوية Secondary disabilities (مثل التقلصات والتقرحات الناتجة عن البـقاء الطويل الأمد في السرير)، وبالتالي يسهم في التقليل من مدة البقاء في المستشفى وتحسن نوعـية الحياة المقبلة وتستحث عملية تأهيل المرضى.

ج/الإحالة Referral:

يقوم الطبيب عادة من أجل البدء في عملية التأهيل الرسمي بكتابة وتعبئة نموذج إحـالة -يماثل الوصفـة الطبيـه- موجـها إلى الطبيب النفـسي أو المعالج الطبيعي أو مـركز التأهيل (انظر شكل ١-٢) وتحـدد الإحـالة أهداف العـلاج وبالتالي يجب أن تكون مـتصلة بصورة مناسبة، وتضم المـعلومات الأولية ذات الصلة (مـثـل نوع المرض أو الإصـابة، وتاريخ حـدوثها onset والتـعليمـات المبدئية (مثل الإشارة إلى العلاج المحدد الخاص الذي يحتاجه المريض) بالإضافة إلى بعض التعليـمات العامـة التي تعد مقبولة (مثل عبارة: الإحالة إلى العلاج الطبيعي).



شكل (١-٣)
المريض يحتاج إلى مساندة الآخرين وتدعيمهم

اسم المريض: (س)

السن : ٧٥ عاما

التشخيص ووجه التضرر: سكتة دماغية، النصف الكروي الأيمن

تاريخ بدء المرض: ٢ فبراير ٢٠٠٠

هدف العلاج: تحقيق الاستقلال في أداء أنشطة الحياة اليومية في المنزل بما فيها القدرة على التنقل.

تدابير احترازية: قصور في التنفس يعود إلى انتفاخ الرئة.

العلاج : تدريبات إسعافية، تدريب على أنشطة الحياة اليومية.

شكل (١-٤)

نموذج الإحالة

وغالبا ما يقوم الطبيب غير المعتاد على كتابة تلك النماذج بالاستعانة باستشارة المعالج القديم أو الطبيب النفسي أو جراح العظام.

د/ أهداف العلاج:

يساعد تحديد الطبيب لهدف فريق التأهيل على تقرير الموقف. وأسلوب التأهيل غالبا ما يكون هدف التأهيل بالنسبة لكبار السن مقيدا باستعادة وإحياء القدرة على تأدية العديد من أنشطة الحياة اليومية Activities of Daily Living (ALD) قدر الإمكان. وقد يختلف هذا الهدف عن الهدف الخاص بصغار السن من المرضى الذين يكون هدفهم العلاجي في أكثر الأحيان الوصول إلى تحقيق أداء وظيفي كامل وغير معتمد.

ويقوم فريق التأهيل بوضع أهداف قصيرة الأمد تكون محددة، وأهداف طويلة الأمد تكون أكثر عمومية، ولكي ينجح التأهيل يجب تتبع ومراقبة تقدم المريض نحو تحقيق الأهداف قصيرة الأمد عن قرب أولا بأول. ويمكن استخدام الخطة العلاجية لمتابعة التقدم فهي عادة ما تتألف من قائمة بمشكلات المريض.

ويهدف قصير الأمد لكل مشكلة وبطريقة وموعد نهائي لتحقيق هذا الهدف. ويتم تشجيع المريض على تحقيق كل هدف قصير الأمد. ويتم إعلامه بشأن أية تغييرات تطرأ على تلك الأهداف. وفي النهاية يتم تسجيل التحسن الذي يحرزه المريض في أدائه في نموذج الخطة العلاجية.

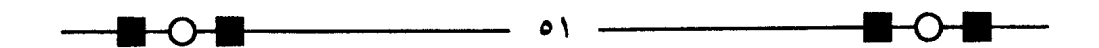
وقد يحتاج هدف العلاج إلى التغيير إذا كان المريض غير راغب أو غير قادر (ماليا أو جسميا) على الاستمرار في التأهيل الطويل كأن يستلزم التأهيل الكامل فترة تتراوح من ٦-٨ أسابيع بعد كسر الحوض وعدة أشهر في حالة السكتة الدماغية). ولذلك فإن مدة التأهيل يجب أن تناقش مع المريض وأفراد أسرته قبل بدء التأهيل. ولكي يكون التأهيل كاملا يجب أن يصل المريض ثانية إلى مستوى أدائه قبل المرض Pre- morbid Level of Functioning. وبمجرد أن يتمكن المريض من التنقل بأقل مساعدة ممكنة فإن العلاج يمكن أن يتم داخل المنزل، وحينئذ يمكن تدريب أفراد الأسرة على القيام بالعلاج التأهيلي، كما أنه من المفيد أن يتم ترتيب زيارات دورية للمعالج الطبيعي أو الوظيفي.

هـ- خطة مغادرة المريض: Discharge Planning

يجب أن يبدأ أفراد التأهيل في وضع خطة مغادرة المريض للمستشفى بمجرد أن يتم دخوله إليه. وتستند خطة مغادرة المريض إلى الموارد المالية، ورغبة المريض والنتائج الأدائية المتوقعة، والتاريخ النفسي والاجتماعي الذي يتضمن نوعية الشخصية قبل المرض، والمعتقدات الدينية وأسلوب الحياة (مثل العمل)، ومهارات المواجهة والعلاقات مع الأسرة. ومن المحتمل أن يؤدي إنكار المريض أو أسرته للإعاقة الجسدية إلى عرقلة وتعويق خطة مغادرة المريض للمستشفى.

و- قضايا المريض والشخص الذي يتولى رعايته: Patient and Caregiver Issues

يعد تعليم المريض وأسرته جزءا أساسيا من عملية مغادرة المريض للمستشفى وبصورة خاصة عندما يكون المريض سيخرج إلى المجتمع ثانية. وغالبا ما تكون الممرضة هي عضو فريق التأهيل المسئول بصورة رئيسية عن عملية التعليم هذه. وتتضمن عملية التعليم تعليم المريض على أداء أنشطة الحياة اليومية بما في ذلك كيف يمشي، والمحافظة على الوظائف المستعادة حديثا، وعلى تقليل خطر الحوادث (مثل السقوط والوقوع والجروح والحروق) الإعاقات الثانوية.





شكل (١-٥)
مساندة أفراد الأسرة للمريض
والاشتراك في تدريبهم لها معنى خاص

كما يتم تعليم أفراد الأسرة كيفية القيام بمساعدة المريض لكي يصبح مستقلا قدر الإمكان، بحيث لا يوفرون له الحماية الزائدة والتي يمكن أن تؤدي إلى زيادة الاعتمادية -أو يهملون حاجاته الأساسية- التي يمكن أن تؤدي إلى الشعور بالرفض، هذا الشعور الذي قد يسبب الاكتئاب، أو يتدخل ويعترض الأداء الوظيفي الجسمي، أو يعوقه إلى درجة ما.



ز- مستويات مواقف التأهيل : Levels of Rehabilitation Settings

يتعين موقف التأهيل أو موقعه تبعا لحاجات المريض، وبصورة خاصة على ضوء مستوى العلاج التأهيلي الذي يحتاجه. (انظر الجدول ١-٣)

جدول (١-٣)

مستويات مواقف التأهيل داخل المستشفى وخارجه

المستوى	تصنيف الرعاية	الموقف	اتصال الطبيب	الحاجات التمريضية	مدى العلاج اللازم	النتائج المتوقعة
حاد (خطر عال من عدم الاستقرار الصحي)	١	المستشفى	دوري	تمريض تأهيلي معقد ومتعدد مع إمكانية الوصول إلى تدخل تمريضي عالي الكفاءة والدقة .	٣ ساعات يوميا لمدة خمسة أيام	العودة للمجتمع بدون مساعدة أو الانتقال إلى مرحلة ثانية من التأهيل.
حاد بصورة ثانوية (خطر متغير من عدم الاستقرار الصحي)	٢	المستشفى وبيوت رعاية كبار السن	حسب الحاجة	تمريض تأهيلي معقد ومتعدد مع إمكانية الوصول إلى تدخل تمريضي عالي الكفاءة والدقة .	١-٣ ساعة يوميا لمدة خمسة أيام	العودة إلى المجتمع بدون مساعدة أو الانتقال إلى مرحلة ثانية من التأهيل.
حاد بصورة ثانوية (خطر منخفض من عدم الاستقرار الصحي)	٣	بيوت رعاية المسنين	من حين لآخر	تأهيل روتيني، لا توجد حاجة بالغة إلى تدخل تمريضي عالي الكفاءة والدقة .	١-٣ساعات يوميا لمدة خمسة أيام	العودة إلى المجتمع.
رعاية منزلية (أقل حدة) أو عدم وجود خطر من عدم الاستقرار الصحي.	لا يوجد	المنزل	نادرا أو أبدا	إشراف الأشخاص الذين يتولون رعاية المريض وتقييم مرحلي للتقدم الذي أحرزه.	يوميا أو حسب القدرة على التحمل.	استعادة تأدية الأنشطة اليومية والتنقل.

ح/ طرق التأهيل وأساليبه: Rehabilitation Methods

يحدد الطبيب أو فريق التأهيل أية طريقة من التأهيل ستتناسب مع حالة المريض. ويحتاج معظم المرضى نوعا من العلاج الطبيعي Physical Therapy. وغالبا ما يعد علاج تمضية الفراغ أو الترويح مناسبا للمرضى المصابين بالخبل أو المودعين في مؤسسات إيداع الذين يحتاجون بعض التمرينات لكن ليست من النوع المتخصص الذي يوفره أخصائيو العلاج الطبيعي. ويتألف العلاج الوظيفي أو علاج العمل Occupational Therapy المقدم للكبار من التدريب على الأنشطة الحياتية اليومية. كما تستوجب الحالات الخاصة من مشكلات كبار السن الصحية (مثل فقدان البصر وأمراض القلب والسكتة الدماغية وبتر الأطراف) والاستعانة ببرامج التأهيل المتخصصة.

ح/١ العلاج الطبيعي:

يقوم الطبيب قبل البدء بوصف العلاج الطبيعي بالتأكيد والتحقق من استقرار حالة المريض الصحية. ويتولى الإشارة إلى أية قيود قلبية أو تنفسية أو عصبية أو عضلية هيكلية. ويجب تحديد أولويات العلاج لأن كبار السن قد يعانون من أمراض متعددة في آن واحد. بعد تقييم المعالج الطبيعي لحالة المريض يقوم -شريطة أن يعمل قريبا من الطبيب- بتطوير أهداف وتطبيق خطة العلاج التي لها الأولوية. ويتولى مراقبتها وتعديل الأهداف والعلاج حسب الحاجة، ولأن متطلبات المريض من الوحدات الحرارية تزداد أثناء التأهيل، فبالتالي يجب رفع معدلات الوحدات الحرارية التي يأخذها المريض يوميا للحيلولة دون حدوث فقدان للوزن أو النقص الغذائي.

ح/١/١ معدلات تمارين الحركة: Range- of. Motion exercises

تساعد العديد من تكنيكات العلاج الطبيعي على تحسين معدل حركة المريض، التي تكون قد أصبحت مقيدة بعد حدوث السكتة الدماغية أو البقاء المطول في السرير، وقد يسبب تقييد مدى الحركة Restricted Range- of. Motion الألم، ويؤدي إلى إنقاص القدرات الوظيفية ويهيئ المريض ويعرضه للتقرحات الناجمة عن البقاء الطويل في السرير.

ويجب أن تتم عملية تقييم معدل الحركة Range- of. Motion بواسطة مقياس الزوايا Goniometer قبل بدء العلاج وبصورة منتظمة بعد ذلك. وتكون معدلات الحركة عند كبار السن الأصحاء أدنى مما هو طبيعي بالنسبة لصغار السن من المرضى. لكن هذا التناقص المرتبط بالسن لا يمنعهم من القدرة على القيام بالأنشطة الحياتية اليومية بدون مساعدة. وتوصف التدريبات الخاصة برفع معدلات الحركة لجميع المرضى من كبار السن المقيدة لحركتهم، إلا إذا كانوا يعانون من عيوب ونواقص وظيفية عميقة Profound Functional Deficits. وقد تكون هذه التدريبات واحدة أو أكثر مما يلي:

- **نشيطة**: للمرضى الذين يمكنهم التدريب بدون مساعدة.
- **نشيطة بمساعدة**: للمرضى الذين تكون عضلاتهم ضعيفة جدا بحيث لا يستطيعون القيام بها بدون مساعدة، أو الذين يشعرون بالانزعاج خلال الحركة المفصلية.
- **سلبية**: للمرضى الذين لا يستطيعون المشاركة بنشاط.

ع/١/٢ تمرينات تقوية العضلات: Muscle- Strengthening Exercises

بالنسبة لكبار السن يكون الهدف من تدريبات العضلات هو تقويتها بصورة كافية تسمح بتأدية الوظيفة المستهدفة، وليس بالضرورة استعادة القوة الطبيعية لنفس السن، وتزيد العديد من أشكال التمرينات من قوة العضلات وتتضمن جميع ما المقاومة المتزايدة تدريجيا. وعندما تكون العضلات ضعيفة جدا فإن جاذبية الوزن أو الثقل Gravity لوحدها تعتبر كافية، وبازدياد قوة العضلات فإن المقارنة تزداد تدريجيا. وعندما تصبح قوة العضلات جيدة تضاف المقارنة الميكانيكية أو اليدوية كالأثقال. وبهذه الطريقة يزداد حجم وقوة العضلات، ويتحسن التحمل والثبات.

ع/١/٣ التيسير العضلي العصبي المستقبل ذاتيا:

Proprioceptive Neuromuscular Facilitation

يشجع هذا التكنيك على النشاط العضلي العصبي المفيد لدى المرضى العصابيين بالشلل التشنجي بسبب تلف في نيورونات الحركة العليا. وهذا التكنيك يمكن المريض من الشعور بالتقلص والانقباض العضلي Muscle Contraction،



ويســاعدهم في المحافظـة على مدى حــركة المفصل المصاب. وعلى ســبيل المثال يؤدي تطبـيق المقـاومـة القـوية علـى العـضلة ذات الرأسين Biceps لدى المرضى المصـابـين بالشلل النصـــفي الأيمن Right Hemiplegia، إلى انثنـاء الكوع الأيمن بواسطة انقبـاض العضلة ذات الرأسين (في الفـخذ والذراع في الجهـة المشلولة من الجسم).

ج/١/٤ تمارين التناسق والتآزر: Coordination Exercises

يستـفيد من هذه التمـــارين المرضـــى الذين يحتـــاجون إلى تحـسين التآزر (مثل مرضى السكتة الدماغية). وتتضمن هذه التمارين تكرار حركات معينة تشغّل فيها أكثر من مفـصل وعضلة واحدة (مثل التقاط شيء من الأرض، لمس جزء من جسم ما).

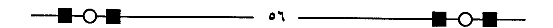
ج/١/٥ التدريب على التنقل: Transference Training

غالبا مـا يتم تقييم قدرة المريض على التنقل، ومن ثم يتـحدد نوع التدريب على ضوء ذلك. ويحتاج المرضى الذين لا يستطيعـون التنقل بأمان واستقلالية من السير إلى الكرسي، ومن الكرسي إلى الخزانة إلى وضع الوقوف، إلى توفير مرافق Attendant دائم طيلة مدة الأربع والعـشرين ساعة. كمـا يحتاج المرضى الذين لا يستطيعون التنقل ويكونون عـرضة بصورة عالية لخطر السقوط مع احتـمالية الكسر والإصابة الأخرى، إلى إيداعهم في دور كبار السن.

ج/١/٦ تدريبات السير: Ambulation

تهدف هذه التـمرينات لتحسين قدرة المـريض على السير بصورة مـستقلة أو بمساعدة شخص آخر أو أداة معينة (مثل عصا خشبية). وغالبا ما تكون العودة إلى السير حـسب الوضع السابق للمرض بالنسبـة لكبار السن وضعا مثـاليا، لكن يعد تمكينهم من الســير خطوات قـليلة (مثل الذهاب إلى الحـمام أو إلى المقـعد) أمـرا كافيا.

وقد يحتاج بعض المرضى قـبل البدء بتمرينات السير إلى تحـسين مدى حركة المفاصل أو قوة العضلات. وعادة ما تكون الأداة التقويمية Orthotic Device (مثل



رباط مدعم) ضرورية إذا بقيت العـضلات ضعيفة أو متشنجـة. وقد يبدأ التدريب على المحورين متوازيين خاصة إذا كان المريض لا يستطيع الاحتفاظ بتوازنه. ويتقدم التدريب بالسير بالاستعانة بالمعينات (العكازين Crutches أو العصا الخشبية Cane أو جهاز المشي Walker المساعد في السير). وقد يرتدي بعض المرضى أحزمة طبية مسـاعدة للوقـاية من الوقوع، ومن الواجب تدريب الأشـخاص الذين يسـاعدون المرضى في السير لمعرفة كيفية القيام بهذه العملية بصورة متقنة.

ح/٢ معالجة الألم والالتهابات: Treatment of Pain and Inflammations

ح/١/٢ العلاج بالحرارة: Heat Therapy

تؤدي الحرارة إلى زيادة تدفق الدم ورفع قابلية التـمدد في الأنسجة الموصلة، وتنقص من تصلب المفاصل وتخفف من الألم والتشنـج العضلي، وتساعد الحرارة في تلطف أثناء الالتـهـاب وتحبس المـاء في الأنسجـة Edema. ويوصف العلاج بالحرارة لحالات الالتـهاب الشديد الإصابة والمزمن (مـثل الالتواء المفصلي Sprain والإجهاد Strain والالتهـاب الليفي Fibrositis داخل العظام والمفاصل والتـهاب المفاصل Tenosynovitis والتشنج الـعضلي Muscle Spasm والالتهـاب العضلي Myositis وألم الظهـر Back pain وإصـابات الحـزام الناري Whiplash Injuries والأشكال المختلفـة من التهـابات المفاصل Arthritis و بصـاب المفصل Arthalgia وشد النسيج العصبي للعمود الفقري Neuralgia).

ويجب أن تستـخدم الحرارة بحـرص وحذر مع كبـار السن من المرضى لأن تراجع وضعف حساسية الجلد والإمكانيات العقلية قد يؤديان لتعريضهم للحروق. وتحدد شدة ومدة استـمرار الآثار الفيزيولوجية للحرارة بصورة أسـاسية استنادا إلى درجة حرارة الأنسجة ومعدل رفع زيادة الحـرارة والمنطقة المطلوب علاجها. وعندما لا تؤدي الحرارة إلى نتيجة إيجابية قد يستعاض عنها بالبرودة.

وقد يتم اسـتخدام الحـرارة بصورة سطحيـة أو عميـقة. وتوفر الضـمادات والأكـياس السـاخنة Hot packs وحـرارة الأشعـة تحت الحمـراء Infrared Heat



وحمامـات البرافين Paraffin Bath (مادة دهنيـة تستخرج من الخشـب أو البترول) والعلاج المائي Hydro therapy، والحرارة السطحية. كما توفر العلاجات بالإنفاذ الحراري من خلال تيـارات كهربائية تنفذ إلى أنسـجة الجسم Diathermy والأشعة فوق البنفسجية الحرارة العميقة.

ح/٢/٢ العلاج بالسحب: Traction Therapy

تستـخدم القـوة في سحب العمـود الفقري لـلتغلب على التشنـج العضلي ولجعل السطح العظمي مـصطفا أثناء تعافي كسور المريض. ويمكن اسـتخدام نظام الأثقال والبكرة Weight and Pulley System، كما قـد تستخدم القـوة اليدوية أو المزودة بمحركات آلية Manual or Motorized Force.

ح/٢/٣ العلاج بالتدليك: Massage Therapy

قد يخفف التدليك بالأيدي من الألم ويقلل التورم والانتفاخ المرتبط بحدوث الإصابات الصادمة (الكسور وإصابات المفاصل والالتواء المفصلي والتوتر والكدمات وإصابات الأعـصاب الخارجـية). ويعد التدلـيك مناسبا لمرضى ألم أسـفل الظهر والتـهـاب المفـاصل والشلل النصـفي والشلل الرباعي والـشلل السـفلي وتصلب الأنسجة المتعدد والشلل الدماغي.

ح/٢/٤ العلاج بوخز الإبر: Acupuncture Therapy

يتم غرس إبر رقيقة داخل الجلد في مواقع معينة من الجسم - والتي عادة ما تكون مصـنوعة من مادة الحـديد الذي لا يصدأ أو من الذهب أو البـلاتين وتكون هذه المواقع بعيدة عن مـوقع الألم. وتتم عملية الغرس بسرعة وبصـورة متقطعة - لعدة دقائق، أو قد يوجه تيار كهربائي منخفض من خلال تلك الإبر.

ط- العلاج بالعمل (الحرفة): Occupational Therapy

يهـدف العـلاج بالعمل (المهـنة والحرفـة) إلى تقـوية قـدرة المريض على تأدية الأعمـال وأنشطة الحياة اليـومية الرئيسـية (BADLS) والوسيلية (IADLS) والأنشطة الإنتاجـية وأنشطة وقت الفراغ. ويقـوم العلاج بالعمل في مـواقع ومواقف مخـتلفة وضمن تدخلات Interventions ذات مستويات مختلفة. (انظر الجدول رقم ١-٤).



وتتألف التدخلات الأولية Primary Interventions في علاج العمل من تعليم أعضاء فريق التأهيل المتخصص في رعاية كبار السن والمختلف التخصصات المهنية والمرضى وإقرار أسرهم على الأساليب الكفيلة بتحسين وتشجيع الصحة والتي تقي وتمنع من التراجع الوظيفي للمرضى من كبار السن بصورة عامة.

وتتألف التدخلات الثانوية Secondary Interventions من التخفيف أو تثبيت واستقرار حالة أداء العمل من خلال تحديد الخلل الوظيفي في أداء المهام والبدء في تقديم العلاج المناسب. ويتولى المعالجون بالعمل Occupational Therapists مسح وغربلة وفرز كبار السن المعرضين لخطر الخلل الوظيفي والإصابة أو الإعاقة من خلال الاستفسار عن الخوف من السقوط وعن البيئة المادية والعزلة والحرمان الحسي.

وتتألف التدخلات الوقائية من الدرجة الثالثة Tertiary Interventions من خدمات توفير الرعاية المباشرة لتأهيل المريض استجابة للتغيرات الواقعة له في الحال الصحية (مثل الأزمة القلبية والاكتئاب الحاد أو كسر الحوض).

جدول (١-٤)

مداخل وتدخلات العلاج بالعمل

الموقف	مشكلات المريض العامة	التدخل العلاجي
دور رعاية كبار نهارية	* ضعف معمم، وإعاقة عقلية بسيطة، واكتئاب ومهارات ناقصة في أنشطة الحياة اليومية الرئيسية.	* تطوير برامج مناسبة (مدموجة بأنشطة تعبيرية أو لزيادة القوة والتخفيف من الاكتئاب). * نقاشات حل المشكلات الفردية والجماعية. * نقاشات وعروض لكيفية إنقاص الأعراض أو التحكم فيها. * الزيارات المنزلية عند الضرورة.
شركات أو مواقع العمل	* بيئة بذل الجهد العضلي الحاسم * القلق بسبب تغيير الدور أو التقاعد	* تعليم أصحاب العمل والعاملين بشأن بيئة بذل الجهد العضلي بالإضافة إلى التقييم والتدخل الفردي.

الموقف	مشكلات المريض العامة	التدخل العلاجي
	* عـدم القـدرة على تنظيم الوقت	*إرشاد ما قبل التقاعد وما بعده * التدريب على إدارة الوقت
مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية	* بيئة مادية غير آمنة * عـدم الانصـيـاع للبرنامج الدوائي	* الاستشارة بشأن تحسين البيئة وتوفير التسهيلات الملائمة للتغييرات * التوصـيـة بالأدوات المعـينة أو التكنيكات التكيفية والتدريب على برامج (BADL)
الإقامة في مؤسسة/ نزل Hospice	* الشـعـور بعـدم الاتصـال مـع أفـراد الأسـرة والحـركـة المقيدة.	* الاستشارة مع هيئة العاملين Staff أو الراعين للمـريض Caregivers بشأن الحاجة إلى أنشطة هادفة * تعليم الراغـبين من أجل دعم تحسين أداء المريض في العمل والاتصال بشأن القضايا العاطفية والنفسية والتشجيع من أجل تحقيق الأهداف الفردية المصممة تبعا لإمكانيات المريض وحدوده.
العيادات الخارجية (النفسية أو الجسمية)	*الدعم الاجتـماعي المحدود * الألـم عـنـد أداء الأنشطة اليومية الرئيسية والقلق بشأن أداء الدور	* تعليم الهيئة العاملة والراعين والمرضى بشأن موارد المجتمع * تشجيع التأييد الذاتي للمريض لبرامج التوعية لكبار السن * التوصيات بالأنشطة الجماعية لتحسين الصحة أو النشاط الاجتماعي

الموقف	مشكلات المريض العامة	التدخل العلاجي
		* تبسيط إجراءات العمل والتدريب على أنشطة الحياة اليومية. * التدريب على تناول الأدوية والاسترخاء.
رعاية نقاهة Respite Care	* الاكتئاب والنكوص والمشكلات الحركية أو المعرفية العقلية .	* تعليم الراغبين ووضع الأولويات للأهداف لتقرير موعد عودة المريض للمنزل. * التدريب على أنشطة الحياة اليومية (ADL) . * تدريب الهيئة العاملة والمريض وأفراد الأسرة على مهارات الاتصال.
مجمع إسكان لكبار السن Senior Housing Development	* عدم القدرة على الحركة. * ندرة التفاعل الاجتماعي والبيئة غير الآمنة . * قصور المهارات (BADLS)	* تأييد ومناصرة تحسن البيئة الاجتماعية والمادية - * تعليم المريض بشأن الخسارات الحسية * التدريب على الأدوات المعينة والتكنيكات التكيفية .
مرافق التمريض الماهر Skilled Nursing Facilities	* حركة جسمية ضعيفة . * التوتر . * عدم القدرة على تناول الطعام بمفرده.	* تعليم الهيئة العاملة بشأن حاجات المريض. * التدريب المصمم فرديا على الحماية والوقوف والإطعام الذاتي المشترك (Saint).

ويعمل معالج العمل والمريض سويا لتحديد أولويات أهداف التدخل واختيار المهام العلاجية، ويجب أن تكون هذه المهام العلاجية مفيدة وذات معنى بالنسبة للمريض وتتناسب مع قدراته. ويجب أن يرتفع مستوى الصعوبة على ضوء تحسن الأداء كما يقوم المعالج بتعزيز إحساس المريض بالكفاية.

ويعتمد اختيار التدخل على نوع العلاقة، وعلى سبيل المثال قد تستخدم الأنشطة الحركية الدقيقة للتقليل من عدم التوازن، ومهمات الإدراك البصري للتخفيف من مشكلات المسح البصري Visual Scanning. وإعادة التدريب على التذكر لتقوية التمييز واستعادة المعلومات، والتدريب التوكيدي للتعبير الأفضل عن الحاجات.

ويستخدم اكتساب المهارات Skill Acquisition عندما يحتاج المرضى تكنيكات تكيفية Adaptive Techniques، وأنماط حركة أو سلوك صحي بصورة أفضل أو مهارات جديدة. ويتطلب اكتساب المهارات التدريب على المهارات ضمن شروط مضبوطة تحت إشراف المعالجين، واستخدام مواد أداء المهام وأنماط الحركة التي تشجع على النجاح. وعلى سبيل المثال: في مجال التدريب على ارتداء الملابس Dressing إذا كان المريض يستطيع أن يرتدي قطعة من ملابسه بسهولة أكثر من قطعة أخرى فالتدريب ينصب أولا على ارتداء القطعة الأولى ثم ينتقل إلى التدريب على ارتداء القطعة الثانية. وتقدم المساعدة فقط عند الحاجة وتبعا للمدى الذي يحتاجه المريض كما تحدده عملية تقييم المهارة.

القسم الخامس

تأهيل كبار السن المصابين بأمراض القلب

تهدف برامج تأهيل كبار السن المصابين بأمراض الأوعية القلبية Cardiovascular المختلفة إلى مساعدة هؤلاء المرضى في المحافظة على الاستقلالية أو استعادتها استنادا إلى إمكانياتهم الجسمية. وغالبا ما يتناقص احتياطي نشاط عمل القلب لدى كبار السن من المرضى ذوي الأحوال الصحية السيئة الناجمة عن الأمراض القلبية أو عدم النشاط الجسمي. ويمكن التأهيل القلبي Cardiac

Rehabilitation لمرضى القلب من استعادة الاحتيـاط القلبي. وفي النهاية استرجاع المستوى السابق لنشاطهم الجسمي.

وعادة مـا يبدأ برنامج التأهيل لمرضى القلب من كـبار السن بنشاط خـفيف ويتطور تدريجيـا إلى نشاط معـتدل وذلك تحت إشراف مـرافق مدرب. ويجب أن توضع خطة فـردية لكل مريض نظرا لتـفاوت استـجابة المرضى لتـوترات أمراض القلب الشـديدة. وفي بعض الحالات (مثـل قصور القلب وأمـراض الصمـامات) يشكل النشاط حتى البسيط منه خطرا على المريض.

ويقـاس النشـاط الجـسدي بالمكافآت الأيضـيـة Metabolic Equivalents (METS) وهي مضاعـفات معدل استـهلاك الأكسجين في حـالة الراحة. وتعادل «الميت» (Met) الواحدة (١- Met) (معدل الأكسجين في حالة الراحة)، ما معدله ٣,٥ ملي /أمبير/ كجم من الأكسجين في الدقيقة (جزء من ألف من الكيلو/ في الدقيـقة (3.5 Ml/Kg/ Minute of oxygen) ونادرا ما يتـجاوز مـعدل استـهلاك الأكســجين في حالة ممارسـة الأنشطة الحيـاتية والعمـل العادية (باستثناء الأنشطة الترويحية) الست ميتات (6 Mets) وتسـهلك الأعمال المنزليـة الخفيفة والمتوسطة من ٢-٤ ميتات (2-4 Mets) من الأكسجين. كما تستهلك الأعمال المنزلية الصعبة أو أعمال البـستنة في حديقة المنزل من ٥-٦ مـيتات من الأكســجين. وقد حددت جـمعـية نيـويورك للقلب New York Heart Association, as Cited in cited in Karwal 1984 أعباء العمل القصوى المسـموح بها لمرضى القلب حسب تصنيفاتهم الوظيفية.

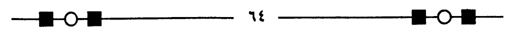
ويجب ضبط النشاط الجسمي للمرضى المقـيمين في المستشفى بحيث يحافظ على معدل نشاط القلب أقل من ٦٠٪ من أقصى نشاط يمكن لمن في هذه السن أن يبذلوه (مثـلا حوالي ١٦٠ نبضة / دقيـقة للأشخاص المرضى في عـمر الستين)، وبالنسبـة للمرضى الذين يتـعافون في المنزل يجب ضـبط النشاط الجســمي بحيث يحافظ على معدل نشـاط القلب أقل من ٧٠٪ من أقصى نشاط يمكن لمن في هذه السن أن يبذلوه.

وعادة ما يطبق على المرضى الناجين من الذبحـة القلبية Myocardial اختبار تمرين من ٢ ميتات (2-MET exercise Test) لتقيـيم استجاباتهم بمجرد ما تسـتقر

حالة المريض. كما يساعد تطبيق اختبار تمريني مؤلف من ٤-٥ ميتات (A 4 - 5 MET) قبل خروج المريض من المستشفى في توجيه طبيعة النشاط الجسمي المسموح به للمريض داخل المنزل. ويمكن للمرضى الذين يستطيعون تحمل اختبار تمريني من ٥ ميتات ولمدة ست دقائق، أن يؤدوا بأمان وسلامة أنشطة جلوس منخفضة الحدة Law- Intensity Sedentary Activities وذلك بعد مغادرتهم المستشفى شريطة أن يرتاحوا بصورة كافية ما بين كل نشاط.

ويعد تقييد النشاط غير الضروري أمراً حاسماً من أجل تحقيق الشفاء، وبالتالي يمكن للطبيب وأعضاء فريق التأهيل الآخرين أن يوفروا الدعم النفسي وأن يشرحوا للمريض وأسرته أية أنشطة يمكن القيام بها والتي لا يمكن أبدا القيام بها. ولتسهيل تنفيذ هذا التقييد بدقة يمكن إعداد وتزويد المريض وأسرته ببرنامج نشاط تفصيلي للمنزل عند مغادرة المريض المستشفى.

☺☺☺☺☺☺



مراجع الفصل الأول

١- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩.

٢- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٣- جابر عبد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١.

4. Amella, E.J. (2003): Geriatrics and Polliative care: Collaboration for quality of life until death. J. of Hospice and Palliative Nursing, 5, 40-48.

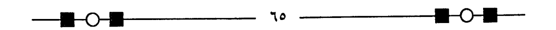
5. Bauman, W.A. and Spungen, A.M. (1996): Disorders of Carbohydrate and lipid metabolism in veterans with paraplegion or quadriplegia: A model of premature aging. Metabolism, 43, 949-956.

6. Birren, J. and Schaie, W. (1985): The Handbook of the Psychology of Aging. New York: Van Nostrand.

7. Bron Stein, Y. (2005): Alzheimer's Disease. Health Directory, Medicine Net. Inc. Retrieved on March, 18, 2005.

8. Campbell, M., Sheets, D. Moulton, H. Kemp, B. and Leibig, P. (1998): New Discoveries About Aging with Disability. Presensation at American Society on Aging. San Francisco, C.A.

9. Czajka, J. (1984): Digest of Data on Persons with disabilities, Washington DC. National Institute on Disability and Rehabilitation Research.



10. Dükers, M. (1996): Quality of life after SCI. American Rehabilitation. 22, 81-23.

11. Eure, M. (2005): Top Causes of Death among adults overage 65. About, Inc. A Primedia Company, Retrieved on March, 18, 2005.

12. Fuhrer, M.; Rintala, D. Hart, K. Clearman, R. and Young, M. (1992): Relationship of life satisfaction to impairment, disability and handicap among persons will spinal card injury living in the community. Archivesphys, Med. Rehab. 73, 552-557.

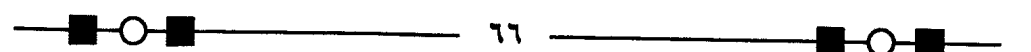
13. Qehart, K.; Bergstrom, E.; Charlifur, S. and Menter, R. (1993): Longterm Spinal Cord Injury: Functional Changes over time. Archives Phys. Med. Rehab., 74, 1030-1034.

14. Helles, T. and Factoı, A. (1991): permanency Planning for adults with mental retardation living with family care givers. American Journal on Mental Retardation, 96, 163-176.

15. Holicky, R. (1996): Caring for the caregivers: The hidden victions of illness and disability. Rehabilitation Nursing, 21, 247-252.

16. Kailes, J. (2001): Aging with disability; Rehabilitation Research and Training Center on Aging with spinal card injury, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, Downey, C.A.

17. Kemp, B. and Campbell, M. (1993): Health Functioning and psychosical aspects of aging with disability, Final Report. Rehabilitation Research and Training Center on Aging Downey, C.A. Rancho Los Amigos Medical Center.



18. Kemp, B.I. and Thompson (1997): Long-term functional changes in a sample of persons aging with spinal card injury. Rehabilitation Research and Training Center on Aging with spinal cord injury, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, Downey, C.A.

19. Kivipelto, M., Luaskson, M.P., Tuomilehto, J., et al. (2002): Hypertension and hypercholestero laemia as risk factors for Akheimar disease: potential for pharmacological intervention. CNS Drugs, 16, 435-444.

20. McColl, M. and Rosemthal, C. (1994): A model of resourse needs of uging spinal cord injured men, Paraplegic, 32, 261-270.

21. McNeal, D. Somerville, N. and Wilson, D. (1996): Use of technology services to maintain employment among people aging will disability. Final Report on the Rehabilitation Research and Training Center on Aging with Disability Rancho Los Amigos Medical Center, Downey, C.A.

22. Murphy, K. Molnar, G. and Lankasky, K. (1995): Medical and Functional Status of Adults with Cerebral Palsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 37, 1075-1084.

23. National Institute on Aging (1999): Progress report on Alzheimer's aisease. Relrieved on March, 18, 2005.

24. Stewart, W., Kawas, C., Corrada, M. and Mettar, E. (1997): Risk of Alzheimers disease and duration of NSAID use. Neurology, 48, 626-632.

25. Vanderheiden, G. (1990): Thirty-Something million: Should they be exceptions? Human Factors, 32, 383-396.





حالات الألم المزمن والأورام الدماغية والسرطانية

- حالات الألم المزمن.
  - تعريف الألم المزمن وتصنيفه
  - مكونات الألم المزمن
  - تقييم الألم المزمن
- الأورام الدماغية السرطانية
  - انتشارية المرض.
  - أسباب المرض وأعراضه.
  - التقييمات النفسية العصبية.
  - الآثار النفسية وأساليب العلاج النفسي للأورام السرطانية.



الفصل الثاني

حالات الألم المزمن والأورام الدماغية والسرطانية

القسم الأول

حالات الألم المزمن

أ/ تعريف الألم المزمن وتصنيفه:

مازال تعريف الألم Pain حتى الآن أمرا محيرا ومراوغا Elusive. ولأن الألم غالبا ما يعتبر ظاهرة ذاتية فالبعض يرى أنه عبارة عما يقوله الفرد عنه. ويرى سارنو Sarno, 1991 أن الأم عبارة عن استجابة للانفعالات المعبرة عن سوء التوافق والانفعالات المكبوتة أو الانفعالات السلبية الناجمة عن مشكلات لم يتم معالجتها.

وقد وافقت الرابطة الدولية لدراسة الألم The International Association For The Study of Pain (IASP) كذلك (Merskey & Bogduk 1994) على اعتباره مشكلة متعددة الأبعاد تتكون من عنصرين: الأول وجداني -انفعالي Affective- Emotional والثاني حسي - تمييزي Sensory- Discriminative. كما ظهر في الآونة الأخيرة اهتمام كبير وتوجه لاعتبار الألم مرضا Disease بدلا من كونه عرضا Symptom (Cousin 1999; Liebes Kind 1991). ومن الواضح أن التعريف الذي يختاره الفرد للألم يؤثر حتما في عمليات التقييم والتشخيص والعلاج واستراتيجيات قياس النتائج الناجمة عن حالة الألم Out Come Measurement Assessment Strategies.

وغالبا ما يصنف الألم في مجموعتين: المجموعة الأولى ما تسمى الألم الحاد Acute Pain والثانية وتسمى الألم المزمن Chromic Pain. ويرتبط الألم الحاد بشكل عام ببعض التلف المعروف والمحدد في الأنسجة، أو بالعمليات الناجمة عن المرض، وعادة ما يكون قصير الأمد. أما الألم المزمن فينظر إليه بطرق مختلفة (Feurestein 1994)، ففي بعض الحالات يعرف في ضوء مدة الألم Duration of Pain. ويقترح الباحثون اعتبار الألم الذي يستمر لفترة تتراوح بين ٣ أشهر- ٦ أشهر أنه من نوع الألم المزمن. وفي حالات أخرى يشير مصطلح «المزمن» للدلالة على شكاوى وأعراض الألم التي تعتبر غير مناسبة من الناحية النوعية أو الكمية للمرض الجسمي الرئيسي الذي تم تشخيصه. كما تربط بعض التعريفات الأخرى بين مصطلح الألم المزمن وطراز Type ودرجة Degree الأمراض التي

تظهر لدى الفرد في آن واحد Comorbidites ويعتبر الفرد أنه يعاني من هذه الحالة -أي لديه حـالـة الألم المزمن- إذا تطورت لديه حـــالة اضطرابيـة مـصـاحـبـة Concomitant للمرض الجسمي كالاكتئاب أو القلق أو العجز أو تعاطي الكحول.

وقـد تم تصنيف الألم أيضـا إلى فـرعين آخـرين همـا: الألم السـرطاني Cancer Pain والألم اللاسرطاني Non Cancer Pain. ويرتبط ألم السرطان ببعض أنواع السرطان. وقد ارتبط تقييم ومعالجة ألم السرطان بعمليات التسكين والتخفيف من أسبـاب الألم. وبالرغم من أنه غالبـا ما تركز المحـاولات الطبية على عـلاجه والتخفـيف منه فإن الألم المصاحب لحـالات السرطان قد تم قبـوله واعتباره شـيئا أساسيـا غير قابل للنقاش مقـارنة بحالات الألم المزمن غير السرطاني الذي اعـتبر دوما مطروحا للنقـاش ومشكوكا فيه. وقد ارتبطت كلتـا الحالتين من الألم ببرامج تحسين نوعية الحياة والتدريب على السيطرة على الألم. وتتعامل خدمات التعويض واستعادة القدرة الوظـيفية الأدائية Restoration of function. وجميع ما يفكر فيه الفرد من خدمات تندرج تحت المجال التأهيلي مع حالات الألم غير السرطاني.

وسيتم فـيما يلي التركـيز بشكل أساسي على حالات الألم غـير السرطاني بالرغم من التشابه في عمليات التقييم والعلاج والنتائج النفسية والاجتماعية المتعلقة بكل من نوعي الألم السرطاني وغير السرطاني. ويعتبر الألم المزمن غير السرطاني من القضايا التي تحظى بـاهتمام بالغ، والتي ترتبط بمشكلات علاجيـة ومالية وهذا ينطبق على كل من حالتي:

- الصـداع العـام Common Headache الذي يحـتـاج إلى أدوية مكلفـة وتدخلات علاجية مكثفة.
- ألم أسفل الظهر غـير المحدد والمراوغ Elusive Non specific Low Back Pain ولا توجـد مؤشـرات على أن الإصـابات المهنيـة التي تعـتبـر من الأسبـاب الشائعـة للألم غيـر السرطاني المزمن أنـها آخذة في الـتراجع والتناقص ســواء في التكرار أو الحـدة والتـكاليف المرتبطة بـحـدوثهـا (Blakeley 1998).

ب/ مكونات الألم المزمن:

وقد قدم بعض الباحثين أفكارا متنوعة لوصف المكونات المختلفة للألم المزمن مثل لويسر Loeser, 1998 الذي اعتبر أن الألم هو نتاج:



١- ألم متـقبل Nociception وهو عـبارة عن نشـاط مستـحث Induced Activity في الممرات العـصبـية Neural Pathways بسـبب استـثارة الأنسجة المتضررة Tissue- damaging Stimuli.

٢- الإدراك الحسي Perception.

٣- المعاناة Suffering.

٤- السلوك الدال على الألم Pain behavior.

كمـا أشار كل من دوليـز، لوري، براون Doleys, Lowery & Brown إلى أن الألم نتاج للعوامل التالية:

١- المرض العضوي Organic Pathology.

٢- انحـرافـات عـضليـة وخلل وظيـفي (Muscular Deviations and dy function).

٣- تشـوهات و اخـتـلالات وشـذوذ مـيكانيـكي آلي (Mechanical Deformities and abnormalities.

٤- عوامـل ومتغـيرات سلـوكيـة - نفسـية Behavioral- Psychological Factors (Doleys, Lowery & Brown, 1998).

ويشيـر نظام مقـترح آخر لمكونـات الألم المزمن إلى وجود ثلاثة تصنيـفات رئيسية:

١- إصابة عصبية مركزية Neuropathic- Central

٢- إصابة عضلية هيكلية ميكانيكية Mechanical- Musculoskeletal

٣- عوامل سلوكية- نفسية Behavioral- Psychological Factors

وينجم الألم عن الإصابة العصبية المركـزية بسبب التغيرات الحادثة في بعض العمليات الوظيـفية السطحية أو المركـزية. وتعتبر الإصابات التـالية أمثلة على هذا النوع من الإصابات العصـبية المركزية أو السطحية وهي إصـابات جذور الأعصاب وفترة مـا بعد المعالجة من إصابة النسـيج العصبي الضام الدقـيق الذي يشد عناصر النسيج العصبي الرئيسية في الدماغ والحبل الشوكي (الألم الذي يتبع مرض الهربس «القوباء» herpes zoster) وإصابة النزع Avulsion أو التمزق Tearing Apart.

ويضم التصنيف الثاني الذي يتعلق بالألم العضلي الهيكلي الميكانيكي مجموعة من الأعراض التي تتصف بالتشوهات الميكانيكية مثل تخلخل الهيكل العظمي في أسفل الظهر وعدم ثباته Lumber spine instability. وتنشأ معظم المشكلات الميكانيكية الآتية عن عدم التكيف وعدم الاشراط Deconditioning وعدم الحركة والنشاط Inactivity بالإضافة إلى مشكلات ترقق عضلات الساق Myofascial problems.

ويشمل تصنيف العوامل السلوكية- النفسية أوضاعا مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الألم جسمي الشكل Somatoform pain disorders (فئة من الأمراض العقلية لها أعراض جسمية واضحة، لكن لا يوجد تضرر عضوي يفسر الأعراض، وثمة افتراض بأنها مرتبطة بالعوامل النفسية)

ويفترض الكثير من الباحثين أن العوامل الاشتراطية التكيفية مثل التعزيز الإيجابي Positive reinforcement وقضايا المكاسب الثانوية Secondary gains issues تعتبر ذات أهمية وارتباط عال بأسباب حدوث هذه الأنواع من الآلام المزمنة والمتعلقة بالأمراض الجسمية الشكل. ويبدو أمرا شائعا أن تظهر حالة ألم حاد بسبب عامل واحد من العوامل السابق ذكرها مثل عامل حالة الشد والإجهاد العضلي الهيكلي لمنطقة أسفل الظهر Musculoskeletal strain to the low back. لكن خبرة الألم المزمن غالبا ما ترتبط بقوة بالعوامل السلوكية النفسية التي تبرز خلال عملية تقييم ومعالجة الألم الشديد.

ولا يقتصر حدوث هذه التصنيفات الثلاثة بشكل منفرد، فالمرضى بمجموعة من الآلام المرتبطة بمناطق معقدة Complex regional pain syndrome (مثل الحالات التي تعاني سابقا من سوء التغذية المرتبطة بالأعصاب السيمبثاوية اللاإرادية Formerly reflex sympathetic dystrophy، وقد يظهرون خصائص وأعراضا مرتبطة ودالة على كل تصنيف من التصنيفات الثلاثة. فالألم ذو «المكون المرضي العصبي» The neuropathic component قد يعود إلى إصابة الأعصاب Nurve injury. ويؤدي هذا العامل العصبي المرضي إلى التشوهات والشذوذ العضلي الهيكلي Musculoskeletal abnormalities والذي نشأ أصلا بسبب الحماية الزائدة Overprotection وعدم استعمال disuse العضلات. وهنا تكون النتائج النفسية

واضحة بشكل ملحوظ، حيث يظهر الاكتئاب والقلق والأرق والاحتراس والحذر المفرط.

ج/ تقييم الألم المزمن:

أصبحت عملية تقييم المريض الذي يعاني من الألم المزمن قضية غاية في التعقيد (Doleyes, et. al, 19998). ويهدف التقييم إلى التعبير اللفظي عن خطة العلاج بطريقة حسابية جبرية. ولتحقيق ذلك فإن المقيِّم يجب أن يتصف بحسن الإدراك والقدرة على أن يميز المساهمات النسبية للأمراض الوظيفية الأساسية المختلفة (كتلف الأعصاب وعدم الاستقرار الآلي ومشكلات عضلات الساق والعوامل السلوكية- النفسية) ولابد من التأكيد بوضوح على أن لكل العلاجات المختلفة تأثيرا لا ينكر في تخفيض الألم، ولكن ليس هناك صيغة جامدة أو واضحة تحدث لكل الناس. ولذا فمن الضروري وجود تقييم شامل ومدروس جيدا للحالة. وليس هناك مجال لإنكار حقيقة أن العوامل السلوكية- النفسية تسهم في وجود الألم المزمن (Doleys & Doherty, 2000).

ولأن دور السلوكية- النفسية الخاص في إحداث الألم مازال مجهولا وغير واضح فإن ذلك يتطلب القيام بفحوصات وتقييمات تفصيلية. وقد دعا تيزل، ميرسكي Teasell & Merskey, 1997 إلى ضرورة مراعاة الحذر والدقة في عمليات الربط بين الألم المزمن والعوامل النفسية وخاصة إذا كنا سنعتبر هذه العوامل هى الأسباب الرئيسية للألم المزمن؛ لأن ذلك يشجع على البحث عن الأسباب المرضية الحقيقية للألم المزمن، بما يمكن المختصين من تقديم العلاج الصحيح وتخفيف آلام المريض. أما ويسبرج وكيف Weisberg & Keefe, 1997 فيريان رأيا مخالفا حيث يذهبان إلى أن اضطرابات الشخصية وليست النزعة إلى تطوير الإحساس بالألم المزمن هو العامل الذي يجعل الفرد يشعر بالألم المزمن وليس العكس.

ويبدو من المفيد جدا أن يتصور المختصون أن العوامل السلوكية- النفسية تلعب دورا أو أكثر من الأدوار الثلاثة التالية: دور الوسيط ودور المغيِّر ودور المحافظ.



ح/١- دور الوسيط: Mediating

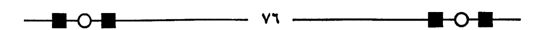
تعتبـر الحالات السلوكية- النفسيـة في غاية الأهمية، لكنها ليست سـببا في تطوير الألم المزمن. فـبعض الأحداث قد تـنشّط الألم الحاد مما يؤدي إلى استـثارة بعض العوامل النفسية المؤدية إلى حالة بـقاء الألم بشكل مزمن. وعلى سبيل المثال يقترح بعض الباحـثين أن وجود الألم الحاد قد يحفز وينشط ميكانزمـات الاكتئاب والقلق والتي تؤدي إذا وجـدت إلى حالة دائمة من الألم المزمن بسـبب الحساسـية المتزايدة للألم، أو بسبـب التغيرات في الموصلات العـصبية مثل مـادة السيروتونين Serotonin والمعروفة بصلتها القوية بكل من الحـالة الانفعالية والألم. ولذا يفترض الباحـثون المتخـصصون أنه قـد يوجد مريضين يعـانيان من نفس المرض الجـسمي الأساسي ولكن أحدهمـا قد يطور حاله الشعور بالألم المزمن بينمـا لا يفعل الآخر نفس الشيء.

ح/٢- دور المغيّر: Modulating

فالحالات السلوكـية- النفسية سـتقوم بالتأثير عـلى الطبيعة النوعيـة والكمية لخبرة الألم لكن ليس بالضـرورة أن تحد وجوده أو غيابه فبـعض الأحداث المرضية كالهربس (أحد الأمراض الجلدية Herpes Zoster) قد تؤدي لوجود الألم الشديد، لكن التلف الحادث في الممرات العـصبية الناجم عن هذه الحالة بسـبب خبرة الألم المستمرة أو المزمنة. وبالرغم من أن العوامل النفسية قد تؤثر على شدة الألم ودرجة الضعف والعجز لكنها لا تمثل السبب الرئيسي للألم المزمن.

ح/٣- دور المحافظ: Maintaining

والدور هنا هو دور المحافظ على استمـرارية الألم، فإن بعض الأحداث تثير وتستحث خـبرة الألم الحاد. وبالتالي فإن خـبرة الألم تبقى بمضي الزمن مسـتمرة وموجـودة. وتظهر العوامل السلوكـية- النفسيـة من أجل المحافظة على استـمرار ظاهرة الألم المزمن، فعلى سبـيل المثال قد تؤدي إصابة جسمـية شديدة إلى إظهار سلوكيات الألم مـثل الوضعية الجـسمية الدالة على الألم والانكمـاش أو الإجفال Wincing، والاستـمرار في تضمـيد وربط المنطقة المـصابة والحذر الزائد والتـيقظ (Fordyce, 1976; Keefe & Block, 1982).



وقد يؤدي وجود هذه السلوكيات المثيرة للألم إلى انتقاء المناسب منها، والتي قد يتم تعزيزها بالنتائج الإيجابية مثل السلوكيات الملازمة لها (كالحصول على الاهتمام والعطف من الآخرين المهمين) أو تجنب القيام بالأنشطة غير المرغوبة أصلا. وهذه العوامل التعزيزية تقوم بدورها بمهمة الاحتفاظ بسلوك الألم المزمن واستمراريته مما يثير ثانية وجود معززات أخرى وخلقها. ولذا وبالرغم من زوال الإصابة الجسمية الشديدة ومعالجتها فإن الألم المزمن يستمر بقوة بسبب علاقته بالعوامل الداخلية أو الخارجية المتعلقة بالفرد.

وعلى ضوء هذا التعقد الهائل في عملية التقييم الشاملة للألم بما فيها من فحص لطبيعة الألم وللعوامل النفسية والسلوكية ذات الصلة ومدى مساهمتها في خبرة الألم فإن الأخصائيين النفسيين يتحتم عليهم أن يستخدموا العديد المتنوع من إجراءات التقييم. وقد برهنت الدراسات والبحوث على أن مجرد استخدام الاستبيانات والمقاييس النفسية أو الموجهة نحو قياس الألم Pain oriented test يؤدي إلى نتائج غير فعالة. ولذا يقترح الباحثون الشروط التالية الواجب على الأخصائيين النفسيين التقيد بها لدى استخدام المقاييس النفسية في عمليات التقييم لحالات الألم المزمن:

١- استخدام المقاييس التي تتصف بصدق وثبات عاليين والتي تميز الأفراد الذين يحاولون المراوغة وعدم تقديم الإجابات الصادقة.

٢- تفسير نتائج المقاييس النفسية ضمن المحتوى الخاص بكل مفحوص والذي يتم الحصول عليه من خلال المقابلات التفصيلية والملاحظات السلوكية.

٣- إجراء أكثر من مقابلة مع المريض، وفي أكثر من موقف للحصول على صورة صادقة وثابتة عن حالته.

٤- جمع أكبر قدر من المعلومات عن المريض من مصادر مختلفة وتخصصات متنوعة، بما فيها المعالج الطبيعي والأخصائي الاجتماعي والطبيب وأخصائي التأهيل المهني.

وفي المقابل تشير البحوث والدراسات إلى التركيز الشديد على تحديد العوامل السلوكية- النفسية (مثل عدم الرضا عن العمل Job Dissatisfaction الذي



يقوم به الفرد) التي تجعل المرضى عرضة للإصابات الجسمية المختلفة وما يترتب على ذلك من تعرض هؤلاء لخبرة الألم المزمن (Linton & Bradly 1996; Sanders 1995) وهنا يجب مراعاة التمييز بين العوامل السلوكية- النفسية المسهمة في تطور حالة الألم المزمن، والعوامل المسهمة في تطوير حالات الإعاقة والعجز. ويؤكد ساندرز (Sanders 1995) في نتائج دراساته على تلك النتيجة وعلى كون إسهامات هذه العوامل غير متماثلة.

فقد درس ساندرز (Sanders 1995) حالات ألم أسفل الظهر المزمن وتوصل إلى ارتباطه بعوامل عدم الرضا عن العمل والتدخين. كما توصل إلى أن الاكتئاب والدرجات العالية على مقياس الهستيريا (من قائمة منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI) يرتبط بالمستوى المنخفض من النشاط الممتزج بسلوكيات الألم، والتي ارتبطت بدورها بتطور الإعاقة المزمنة (الألم المزمن).

كما أشار كل من ويسبرج، كيف (Weisberg & Keefe 1997) إلى دور نمط الشخصية Personality Type في التأثير على خبرة الألم لدى المريض. فالمريض الذي يظهر سلوكا مليئا بالبهرجة Flamboyance والمبالغة Exaggeration والانفعالات الشديدة Melodrama يعكس نمطا في الشخصية يختلف كلية عن شخصية الفرد شبه الفصامي Schizoid الذي يميل لأن يكون وحيدا ومنسحبا بعيدا عن الآخرين (Weisberg & Doleys, Daniel M, 2002, 185-192; Keefe 1997).

القسم الثاني

الأورام الدماغية السرطانية

مقدمة:

يترتب على حالة الأورام الدماغية والسرطانية نتائج سيئة، حيث تشير الكثير من البحوث إلى القدر الكبير من التغيرات المرتبطة بالورم الدماغي مثل العيوب Deficits والمآلات Prognosis السيئة وغير الحسنة وإمكانية التأهيل Rehabilitation Potential. ومن عوامل النجاح في العمل مع هذه الفئة المصابة بتلك الإعاقة الصحية ضرورة مراعاة طبيعة الخطط العلاجية الفردية واستيعابها في إطار أو في سياق ما يأتي:

- المتغيرات الخاصة بالمرض Disease
- المتغيرات المتعلقة بالعلاج Treatment
- المتغيرات الخاصة بأداء الوظائف الحالية للمريض Functioning
- مآل المرض prognosis
- أهداف المريض Goals

أ/ انتشارية المرض:

تشير الإحصائيات الحديثة في الولايات المتحدة إلى وفاة ١٢ ألف مريض بسرطان الدماغ عام ١٩٨٣. وتشكل وفيات الأورام الدماغية ربع حالات الأورام السرطانية المختلفة (مائة ألف حالة من بين أربعمائة ألف حالة) (Adams, Victor & Ropper, 1997) ويعزى تزايد نسبة الإصابة بهذا المرض المميت وارتفاعها إلى أن المرضى المصابين بسرطان الدماغ المتنقل[1] Meta static brain tumors الذين يعيشون مدة أطول بسبب الأساليب العلاجية الطبية المتطورة التي يتلقونها حال إصابتهم بحالات السرطان الأولية الأصلية Primary Cancers. كما أن مرضى الإصابات بالسرطان الأولى قد يتزايد عددهم بسبب التزايد الحادث في الإصابة بحالة الورم الليمفاوي الدماغي Cerebral Lymphoma.

ويعتبر سرطان الدماغ ثالث الأسباب التي ترتبط بالوفاة المتعلقة بالسرطان وفي وفاة الرجال تحت سن الـ ٥٥ (خمسة وخمسين عاما) في الولايات المتحدة الأمريكية. كما يعتبر رابع الأسباب التي ترتبط بالوفاة الناجمة عن السرطان والمؤدي إلى موت الإناث اللاتي في سن أقل من سن الـ ٣٥ (خمسة وثلاثين عاما) (Posner, 1993). أما بالنسبة للأطفال فيعتبر سرطان الدماغ من أكثر

(١) يشير مصطلح Meta static إلى معنى انتقال المرض من موضع إلى آخر، أي انتشار المرض من أحد أجزاء الجسم إلى جزء آخر خلال الأوعية الدموية أو المسالك الليمفية. وعادة ما ينطبق المصطلح على حركة الخلايا السرطانية من أحد الأعضاء أو المواضع إلى آخر. ولكنه أحيانا ما يستخدم ليصف تحول أو انتقال الكائنات المولدة للمرض مثل الدرن من الموضع الأصلي المصاب إلى موضع آخر. وتعرف عادة المنطقة الأصلية للمرض بالمنطقة الأولية، أما الأنسجة التي أصيبت بهذا التحول أو الانتقال فتعرف بالمنطقة الثانوية. وعليه يكون عندنا سرطان أولي وسرطان ثانوي (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢، ٢١٧٤).

الأورام السرطانية شيوعا عندهم، كما يعتبر السبب الثاني المسبب للوفاة بينهم (Cogen & Nolan, 1996) ويشكل مرض الورم السرطاني الدماغي ما قيمته ٤٦ حالة تقريبا في كل مائة ألف حالة (١٠٠,٠٠٠) في الولايات المتحدة وفي الدول التي في نفس المستوى الحضاري.

ب/ أسباب المرض وأعراضه:

من الاعتبارات المهمة التي تظهر بشكل واضح عندما يتم تشخيص حالة مرض الورم الدماغي هو ما إذا كان ورما حميدا Benign أو كان ورما خبيثا Malignant. وتحدث صفة «خبيث» ردود فعل انفعالية حادة، في حين تستدعي صفة «حميد» مشاعر الأمان والطمأنينة. وعلى كل حال فإن الأورام السرطانية تتكون نتيجة نمو غير طبيعي للأنسجة عبر الزمن.

وتعود صفتا حميد وخبيث إلى طريقة انتهاء سلسلة الأوضاع المؤثرة على النشاط البيولوجي لسرطان الدماغ. وتتضمن خصائص الحالة الخبيثة من هذا السرطان الدماغي معدلات نمو سريع غير طبيعي في الأنسجة، وتسربا وإن كان بالغ الصغر جدا لهذه الأنسجة داخل الدماغ بالإضافة إلى احتمالية الانتشار الكامل داخل الدماغ، ويصاحب ذلك مقاومة نسبية للجهود العلاجية. أما خصائص السرطان الحميد فتتضمن معدلات نمو غير طبيعي أيضا ولكنه بطيء نسبيا وطبيعة انتشار مطوقة Cir cum Scribed Nature (محددة بمنطقة معينة فقط) بدون تعد واختراق مباشر للدماغ.

كذلك فإن النمط الحميد من الورم قابل للاستجابة للتداوي بالاستئصال الجراحي أو العلاجات الأخرى، علما بأن حالات الورم الدماغي المنخفضة الدرجة أو البطيئة النمو مثل (ورم الغراء العصبي أو الورم الدبقى أو ما يسمى أحيانا اختصارا بورم المخ glioma [1]) ترتبط بتغيرات هامة في الوظائف المعرفية

---

(١) غراء عصبي، ورم دبقي، ورم مخ Glioma أشد أشكال أورام المخ خبثا. ويمكن أن ينمو هذا الورم من الخلايا اللحمية أو الحشوية للمخ، وهو عادة ورم أولي، ويندر أن ينتقل أو يتعدى الجهاز العصبي المركزي. وهو أكثر أنواع سرطان المخ شيوعا. ويعزى إليه ربع أورام الحبل الشوكي. وإذا ظهر في الشبكية ينجم عنه العمى (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٤١٣).

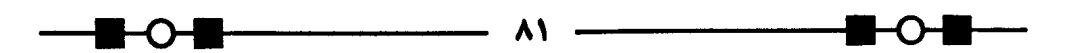
(Taphoorn, et. al, 1994) ويعتبر بقاء المريض بالسرطان الدماغي على قيد الحياة خلال مدة الخمس سنوات الأولى فرصة مثالية تتاح لوصف المرض وتحديد المآل ونتائج المرض الطبية الحالية والمستقبلية.

ج/ التقييمات العصبية النفسية:

يتم التقييم العصبي النفسي الشامل Comprehensive Neuropsychological Assessment لمرضى السرطان الدماغي عادة من خلال إجراء مقابلة كلينيكية Clinical interview وتوفر المقابلة الكلينيكية معلومات أساسية فيما يتعلق بالمظهر الخارجي للمريض، ومستوى التيقظ والاستبصار، والمهارات البين شخصية، والمرح والمزاج العام، والحال النفسية بوجه عام. ومن المهم التحقق مما إذا كان لدى المريض أعراض يمكن السيطرة عليها بالأدوية (مثل الاكتئاب والاندفاع) بحيث يمكن اتخاذ القرارات العلاجية المناسبة.

كما أن المقابلة الكلينيكية تزود الأخصائيين النفسيين بنماذج من المشكلات التي يمكن التأكد من وجودها بتطبيق المقاييس الموضوعية الأكثر تخصصا. وتستخدم الأدوات القياسية المعيارية السيكومترية لتوضيح الوظائف العقلية وقياسها بطريقة منظمة. ويشير أخصائيو التأهيل النفسي إلى أن مراعاة استخدام منهج بطارية الاختبارات العصبية النفسية المرنة Flexible- Battery Approach مع التأكيد على عملية التطبيق وإجراءاتها تؤدي للحصول على أفضل المعلومات وأكثرها فائدة لخطط التأهيل والعلاج.

وتتحكم التغيرات المتعددة المتعلقة بآثار الورم الدماغي على العمليات المعرفية للمريض. وتشير نتائج الدراسات إلى أن شخصية المريض هي أهم المتغيرات التي تتحكم في النتائج الخاصة بالجوانب المعرفية. فعلى سبيل المثال لا يظهر جميع المصابين عيبا في الفص الجبهي الأمامي يتمثل في الخلل الوظيفي في أداء الوظائف المعرفية التنفيذية المباشرة. أما الذين يظهرون خللا وظيفيا رئيسيا في العمليات المعرفية فإنهم غالبا ما يظهرون عجزا في مهمات مختلفة، وبالتالي فإن أخصائيي التأهيل يجب أن يكونوا مستعدين لتغيير بطارية الاختبارات والمقاييس وذلك على ضوء دراسة الحالة الفردية للمريض والتاريخ المرضي النفسي ومستوى الأداء والتي تم الحصول عليها في المقابلة الكلينيكية.



ويحـدد موقع الورم الدمـاغي Tumor location طبـيعـة عمليـة التقـويم. ويسترشد أغلبية أخصائي التـأهيل بالكتب والمؤلفات العلمية والدراسية التي توضح العيوب وأوجه العجز الخاصة والمـرتبطة بمواقع معينة للأورام الدماغية وذلك حسب موقعها Heilman & Valenstein, 1993. ولا تعتبر درجة العـجز الجبهي الدماغي عند المصابين بالأورام الدماغيـة السرطانية مشابهة لما يحـدث من عجز عند مرضى السكتة الدمـاغية، ولكن المصابـين بالأورام الدماغية يظهـرون أعراضا مشـابهة لما يحدث مع الذين يعانون من آثار إصابة معينة في نصف كرة الدماغ (Scheibel, et. al, 1996)

وتعتبر حالة عدم وجود العجز الجبهي الدماغي The lack of focal deficits لدى المصاب بالورم الدماغي من الأسباب التي تدعو إلى عدم ضرورة تلقي مرضى السرطـان الدماغي لخدمـات التأهيل النـفسي. ويوضح الجدول رقـم ٢-١ مواقع الأورام الدماغيـة والوظائف العقلية المرتبطة بها وبعض المقـاييس العصبية النفـسية الشائعة لتقييم هذه الحالات تبعا لموقع الورم الدماغي.

ويقوم معظم الأخصائيين في الأحوال العـادية بإجراء فحص عصبي سلوكي للمريض وهو في سريره A good bedside neurobehavioral examination لأنهم يرون أن هذا هو مـا يستطيع المريض تحـمله، وحيث لا يمكنه تحـمل الفحـوصات المعقدة والطويلة. ويوفـر هذا الأسلوب معلومات كافية للمـساعدة في وضع خطة العلاج والتأهيل.

جدول رقم (٢-١)
موقع الورم الدماغي والوظائف المعرفية المتوقع تأثرها والمقاييس المستخدمة في تقييم هذا الأثر

موقع الورم	الوظائف المعرفية التى يتم قياسها	المقاييس
١- الفص الامامى Frontal Lobe	١/ ١ التجريد	1- Wisconsin Card Sorting (Heaton, 1981) 2- Booklet Category Test (Defilippis et. al., 1979)
	١/ ٢ المرونة	1- Trial Making Test (Reitan and Wolfson, 1985) 2- Stroop Color Word Test (Golden, 1978)
	١/ ٣ التخطيط	1- Rey Osterrieth, Figure, Copy. 2- Picture Arrangement Subtest of the WAIS III.
	١/ ٤ اللغة (حبسة كلامية ليست كاملة)	1- Boston Naming Test. 2- Controlled Oral Word Association. 3- Animal Naming.
٢- الفص الصدغى Temporal Lobe	٢/ ١ الذاكرة اللفظية	1- California Verbal Learning Test. 2- Hopkins Verbal Learning Test. 3- CERAD Word List. 4- Logical Memory Subtest of the WMS- III. 5- Recognation Memory Test- Word Subtest.
	٢/ ٢ الذاكرة البصرية	1- Rey Osterrieth Figure. 2- Visual Reproduction Subject of the WMs- III. 3- Recognition Memory Test - Faces Subtest.
٣- الفص الجدارى العلوى Parietal Lobe	٣/ ١ اللغة (اللاقراءة Alexia العجز عن الكتابة Agraphia) ٣/ ٢ الحبسة الإدراكية البصرية	1- Boston Diagnostic Aphosia Examination. 2- Visual Form Discrimination. 3- Judgement of Line Orientation. 4- Facial Recognition. 5- Hopper Visual Organization.
	٣/ ٣ اللمس	1- Double Simultaneous Strimulation (Tactile) 2- Finger Recognition.
٤- الفص القفوى Occipital Lobe	٤/ ١ الفهم	1- Line Bisection.
	٤/ ٢ اللغة (العجز عن القراءة والكتابة)	1- Boston Diagnostic Aphasia Examination.

(from Haut, M. et. al., 2002)

ويحث الباحثون العاملين في هذا المجال على استخدام مهام قائمة على أساس تجريبي Experi mentally based tasks أثناء قيامهم بعملية التقييم العصبي النفسي لمرض الأورام الدماغية مثل التعليم الإجرائي وذلك من أجل التأكد من إمكانية توظيفها في البرامج العلاجية.

ويجب أن تركز تقييمات الورم الحادث في الفص الجبهي الأمامي Lobe lesions- forntal على استخدام مقاييس لقياس القدرة على التجريد Abstraction والمرونة Flexibility والتخطيط Planning. كما يتم قياس مهارات إنتاج اللغة Language Production skills بالإضافة إلى التحقق من عدم حدوث حالة الحبسة الحركية Apraxia (عدم القدرة على القيام بحركات جسمية متناسقة) لدى المريض في حالة حدوث ورم في العظم الجبهي لمتصف كرة الدماغ Dominant hemisphere frontal lesion.

أما المرضى الذين يصابون بمرض في الفص الصدغي Temporal- Lobe lesions فيجب استخدام مقاييس الذاكرة معهم. أما بالنسبة للمرضى الذين يصابون بورم في الفص الجداري Parietal- Lobe lesions فيجب التركيز معهم على المهارات الإدراكية البصرية والمكانية Spatial and visual perceptual والإحساس اللمسي Tactile sensation مع التأكيد على سلامة القدرة على فهم اللغة والقراءة والكتابة Language Comphrehension, reading or writing في حالة كون الورم في منتصف كرة الدماغ هو الصفة الغالبة على المريض. ويكون التركيز في حالة وجود الورم في عظم الفص المؤخري أو القفوى -Occipital Lobe lesions على عمليات التناول أو المعالجة البصرية للغة Visual processing of language (في حالة حدوث الورم في نصف الرأس الأيسر)، وعلى القدرة على الإدراك Perception (في حالة حدوث الورم في نصف الرأس الأيمن).

كما يجب التأكد من عدم وجود حالة اللاقراءة Alexia وحالة العجز عن الكتابة Agraphia وحالة الإهمال البصري- المكاني Visual- spatial neglect لدى المرضى المصابين بأورام في الفص الدماغي في أعلى الرأس وفي المنطقة الخلفية للرأس Parietal as well as Occipital lobes. وأما في حالة الأورام في الخلايا الواقعة تحت القشرة الدماغية فيتم التأكد على تقييم ومراعاة التحقق من جميع الأمور المذكورة سابقا والمتعلقة بالوظائف الإدراكية المرتبطة بسلامة الجهاز العصبي.

د- الآثار النفسية وأساليب العلاج النفسي للأورام السرطانية:

تتأثر الوظائف النفسية بشكل مباشر عقب الإصابة بالورم الدماغي. ومن الجدير بالذكر أنه لا توجد أدلة علمية على وجود علاقة بين الخلل الإدراكي والمعرفي من ناحية والخلل الانفعالي الوجداني من ناحية أخرى عند هذه الفئة من المرضى. ويتطلب تقديم الرعاية النفسية لمرضى السرطان الدماغي توافر مهارات كلينيكية بارعة ومتقدمة عند من يطلعون بهذه الرعاية. ويحتاج المرضى ومن يقدم لهم الرعاية إلى الاستفادة من برامج العلاج النفسي لتسهيل سيطرتهم على هذا الوضع المرضي القاسي وما يصاحبه من مؤثرات حياتية ويجب أن تراعى هذه البرامج العلاجية عوامل من مثل الحالة الجسمية والوظيفية الإدراكية.

وقد يزيد الضغط المتصل بالإصابة من حالة المريض وقد تتفاقم الحالة لتنتهي إلى حالة من الخلل الوظيفي الطويل الأمد Exacerbate long- standing dysfunction، ويؤدي بالتالي إلى ظهور خلل وظيفي في نواح جديدة. وقد يوفر العلاج النفسي الذي يهدف إلى معالجة أمراض نفسية معينة القيام بتعليم المريض مهارات مواجهة أكثر فاعلية وطرق إدارة أكثر إحكاما وتحكم في النزعات السلوكية بدرجة أكبر، ويوفر العلاج أيضا تعليم المريض أنماط تفكير جديدة.

وعلى الجانب الآخر فإن الإنكار Denial واحدا من أكثر الميكانزمات وأساليب المواجهة شيوعا بين مرضى سرطان الدماغ والذي قد يكون ناجحاً في الفترة الأولية للمرض (Price, et. al, 1992). لأنه يسهم في التقليل من الشعور بالخوف من الموت القادم، لكن مع تطور المرض يبدأ الإنكار في التسبب في خلق مشكلات للمرضى وأسرهم فيما يلي:

- المواجهة الفعالة Effective coping
- الامتثال للعلاج Complying with treatment
- اتخاذ القرارات في الوقت المناسب Making timely decisions

(وهنا يجب التفرقة بين الإنكار كميكانزم يستخدم للمواجهة وبين حالة إنكار العاهة وهي ما يسمى الانوسوجنوزيا Anosognosia وهي عبارة عن الإخفاق في

إدراك وجود عجز أو مرض بسبب التغيرات الواقعة في الجهاز العصبي المركزي كما أوضحنا في الباب الثاني).

ويوفر العلاج النفسي التدعيمي Supportive Psychotherapy فرصا رائعة ومفيدة للمرضى وأسرهم ومجالا واسعا للتعامل مع القضايا والضغوط الصعبة المؤثرة على النظام التدعيمي للمريض. وتستند نماذج برامج العلاج النفسي التدعيمي على القواعد التالية:

١- مبدأ الواقع Reality Principal

٢- المكونات التعليمية القوية Strong Educational Component

٣- التركيز على قضايا عديدة مثل:

٣/ ١ التشخيص Diagnosis

٣/ ٢ مآل الحالة المرضية Prognosis

٣/ ٣ آثار المرض Impact of Illness على المريض وعلى أسرته.

٣/ ٤ كيفية التعامل مع خبرة الفقدان والخسارات Losses الحياتية العديدة (Price, et. al, 1992)

ويرى بعض الباحثين ضرورة مراعاة عدم المبالغة في دور الجانب التعليمي (Haut, Haut & Bloomfield, 1991) لكنهم يشيرون إلى أهميته بشكل خاص في حالة ظهور إنكار المرض (انوسوجنوزيا Anosognosia) وذلك لأنه يساعد الأسرة بشكل خاص على فهم طبيعة سلوك المريض، (وعلى سبيل المثال عدم قدرة المريض على أداء الأعمال والمهام التي كانت تستدر التعزيز الإيجابي في السابق أي قبل الإصابة بالمرض). وتحاول برامج العلاج النفسي تعليم وتوفير أنشطة بديلة لدعم تقدير الذات لدى المريض والذي يعتبر مكونا مهما من أجل السواء النفسي للمريض.

أما بالنسبة للأطفال المصابين بسرطان الدماغ فقد أشارت نتائج الدراسات الحديثة (Till, et. al, 1996) إلى أنهم يستطيعون الاستفادة بكفاءة من برامج العلاج النفسي الجمعي Group Psycho therapy التي تهدف إلى تدريبهم على المهارات الاجتماعية وقد تبين أيضا أن هؤلاء يستطيعون تحديد الضغوطات الاجتماعية التي يتعرض لها والمرتبطة بالتغيرات التي تحدث لهم في المظهر الجسمي Physical

appearance، والقدرة على الاحتمال Stamina وأداء الوظائف المعرفية Cognitive Functioning . - كما أن أسرهم تستطيع الاستفادة من هذه البرامج أيضا. ويتضمن الشفاء المبدئي من السرطان لدى الأطفال والمراهقين تغيرا في أنشطة الأسرة وتفاعلاتها، فهذا الوضع قد يؤدي إلى نتائج ثانوية مثل محاولة طفل آخر في الأسرة التنافس على جذب الانتباه إليه من خلال ارتكاب مخالفات وانتهاكات سلوكية.

ويواجه المرضى من الأطفال والمراهقين صعوبات بالغة للتكيف ثانية مع عملية العودة إلى الحياة الطبيعية وهم قد أصبحوا في حالة لا تستدعي الاهتمام والانتباه الزائد والمبالغ فيه والذي كانوا يحصلون عليه في فترة المعالجة من المرض السرطاني، أو عندما يتحول الانتباه إلى أنشطة ومطالب ملحة، مثل العودة إلى المدرسة وما يصاحبها من التزامات وتقييد بالدوام والاستذكار.

فالطفل الذي يعود إلى المدرسة غالبا ما يواجه العديد من التحديات الخاصة بسبب تأخره عن رفاقه في فهم واستيعاب مناهج ومهارات المنهج والوظائف المعرفية والسلوكية ذات الصلة. وهذا ما يعرضه إلى آثار أكثر تعميما مثل حالة الضعف والإعياء الجسدي Fatigue أو التراجع الكبير في معدلات الأداء الدراسية وإلى الفشل الدراسي والرسوب في النهاية، فحالة الإعياء والإنهاك تجعل الطفل عاجزا عن القيام بأبسط المطالب المتوقعة منه كالقيام بحمل الكتب المدرسية إلى المنزل والقيام بالواجبات المدرسية في المنزل، كما أن زملاء الطفل في المدرسة قد يظهرون ردود فعل تجنبية وسلبية نحوه كشخص ونحو حالته الصحية والمعرفية والسلوكية المتراجعة مما يساهم في تعزيز مشاعر رفض الطفل للبيئة المدرسية مقابل رفضها له. فعلى سبيل المثال تتدخل السلوكيات الاندفاعية والعدوانية التي يظهرها الطفل المصاب بمرض السرطان الدماغي في إضعاف شبكات الصداقة التي كانت موجودة في السابق، ومن المعروف أن الأطفال يهتمون بصورة كبيرة بردود فعل أقرانهم والإشارات التي تبدو من هؤلاء الأفراد بشكل أكبر مما يحدث مع الكبار.

كذلك فإن النتائج النفسية والاجتماعية المرتبطة بهذا المرض تكون أكثر صعوبة لدى المرضى من المراهقين الذين يظهرون اهتماما كبيرا فيما يتعلق بالمظهر الجسمي، علماً بأن التغير في المظهر الجسمي دائما ما يحدث في هذا المرض، وقد يكون التغير أساسيا أو أوليا مثل حالة الشلل النصفي Hemi plegia، أو يكون ثانويا بسبب نظام

العلاج الكيميائي مثل فقدان شعر الرأس والجسم بشكل كامل). ولهذا فإن عملية عودة الطفل إلى المدرسة يجب أن تتم بصورة تدريجية وذلك طبقا للحالة المعرفية والقدرة على التحمل عند المريض، وذلك من خلال الدروس التعليمية داخل المنزل Home- Bound Tutoring والدوام الجزئي عند بداية العودة للمدرسة. وهذا الأسلوب يستفيد منه بشكل خاص الأطفال الذين تعرضوا للعلاج الكيميائي والإشعاعي.

ويجمع الباحثون في مجال مساعدة وتأهيل المرضى بالسرطان الدماغي على فاعلية العلاج النفسي المبني على المناهج السلوكية مقارنة بالبرامج المستندة إلى زيادة الاستبصار والوعي بالمشكلة، وذلك لأن التضرر المعرفي غالبا ما يصاحب هذا المرض كما أسلفنا. ويعتبر العلاج بالأدوية الطبية Pharmacy therapy ذا فاعلية بالغة ويساهم في رفع كفاءة العلاجات النفسية التي يزداد أهميتها بالنسبة للمرضى الذين يظهرون اضطرابات نفسية واضحة من شأنها أنها قد تؤثر على نوعية حياتهم. وحديثا جداً أصبح عامل نوعية الحياة أو جودة الحياة Quality of life مؤشرا ونتيجة هامة لمقياس الأوضاع النفسية لمرضى السرطان (Trojanowski, et. al 1989).

ويؤثر مرض السرطان مثله مثل أي مرض آخر على مجموعة الأفراد المتصلين بالمريض فيشمل الأسرة والأقارب والمعارف والأصدقاء حيث يتعرضون للضغوط حال ظهور المرض لدى الفرد. ويعتبر تعليم المريض وأسرته وتوعيتهم بقضايا العلاج والتغيرات المعرفية والسلوكية أمرا يخفف من الأعباء والقلق الناجمين عن الحالة المرضية؛ فمن الأسهل بالطبع التعامل مع ما تعرفه من أن نتفاعل مع ما لا تعرفه، ويتعاون المرضى وأسرهم بصورة أفضل عندما يفهمون سبب الأعراض ومضاها التي أصبحت تظهر تباعا على المريض، وعندما يقوم الأخصائيون بفحص الحالة العقلية للمريض، واستكمال البيانات المستمدة من كل الفحوصات فإن المريض وأسرته يتلقون هذه المعلومات أو التفسيرات كاملة ومباشرة من الأخصائيين. وتبدو العوامل الأسرية واضحة وذات صلة مباشرة بالنتائج المتعلقة بالإصابة بمرض السرطان الدماغي في الأطفال الصغار جدا. ولهذا تعتبر العوامل الأسرية والعوامل المرتبطة بالحالة المرضية من أفضل المنبئات بالنتائج العقلية المتوقع حدوثها في حالة هؤلاء الأطفال الصغار Carlson- Green, Morris & Krawiecki 1995.



مراجع الفصل الثاني

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢.

Adams, R.D., Victor, M., and Ropper, A.H. (1997): Intracranial neoplasms and paraneoplastic disorders (1997). In R.D. Adams, M. Victor and A.H. Ropper (Eds.), Principles of neurology (6th ed., pp. 642-694). New York: McGraw-Hill.

Blakeley, S. (1998): Fighting fraud in worker's comp. Nation's Business, 4, 14-22.

Carlson-Green, B., Morris, R.D., and Krawiecki, N. (1995): Family and illness predictors of outcome in pediatric brain tumors. Journal of Pediatric Psychology, 20, 769-789.

Cogen, P.H. and Nolan, C.P. (1996): Intracranial and intraspinal tumors of children. In B.O. Berg (Ed.), Principles of child neurology (pp. 731-748). New York: McGraw Hill.

Cousins, M.J. (1999): Pain: The past, present, and future of anesthesiology? Anesthesiology, 91, 538-551.

Die-Trill, M., Bromberg, J., LaVally, B, Portales, L.A., SanFeliz, A., Patenaude, A.F. (1996): Development of social skills in boys with brain tumors: A group approach. Journal of Psychosocial Oncology, 14, 23-41.



Doleys, D.M., Lowery, D. and Brown, J. (1998): Comparison of treated and untreated worker's compensation patients with chronic pain. Unpublished manuscript, Pain and Rehabilitation Institute, Birmingham, AL.

Doleys, D.M. and Doherty, D.C. (2000): Psychological / behavioral assessment. In P.P.Raj (Ed.), Practical management of pain (3rd ed.). Philadelphia: Mosby.

Doleys, D.M. (2002): Chronic Pain. In R.G. Frank and T.R. Elliott (Eds.), Handbook of Rehabilitation Psychology (pp. 185-192) APA.

Feurestein, M. (1994): Definition of pain. In C. D. Tollison, L. R. Satterthwaite, and J. W. Tollison (Eds.), Handbook of pain Management (2nd ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

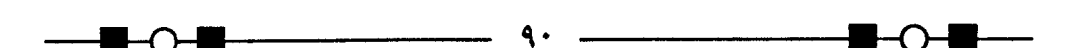
Fordyce, W. E. (1976): Behavioral methods in chronic pain and illness. St. Louis, MO: Mosby.

Haut, M. W., Bloomfield, S.M., Kashden, J. and Haut, J.S. (2002): Brain Tumors. In R.G. Frank and T.R. Elliott (eds.), Handbook of rehabilitation psychology (pp. 359-371). Washington, DC: American Psychological Association.

Heilman, K.M. and Valenstein, E. (1993): Clinical Neuropsychology (3rd ed.), New York: Oxford University Press.

Keefe, F. and Block, A.R. (1982): Development of an observational method of assessing pain behavior in chronic low back pain patients. Behavrior Therapy, 13, 363-370.

Liebeskind, J.C. (1991): Pain can kill. Pain, 44, 304.



Linton, S.J. and Bradley, L.A. (1996): Strategies for the prevention of chronic pain. In R.J. Gatchel and D.C. Truk (Eds.), Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook (pp. 438-457). New York: Guilford Press.

Loeser, J.D. (1980): Perspective on pain: In P. Turner (Ed.), Proceedings of the first role of congress in clinical pharmacology and therapeutics. London, England: Macmillan.

Merskey, H., and Bogduk, M. (1994): Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms (2nd ed.). Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press.

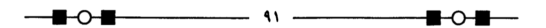
Portenoy, R.K. (1998): Contemporary diagnosis and management of pain in oncologic and AIDS patients. Neutown, PA: Handbooks in Health Care.

Posner, J.B. (1993): Brain Tumors. CA Cancer Journal Clinical, 43, 261-262.

Price, T.R., Goetz, K.L., and Lovell, M.R. (1992): Neuropsychiatric aspects of brain tumors. In S. C. Yudofsky and R. E. Hales (Eds.), Textbook of neuropsychiatry (2nd ed., pp. 4730497). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sanders, S.H. (1995): Risk factors for the occurrence of low back pain and chronic disability. American Pain Society Bulletin, 5, 1-6.

Sarno, J.E. (1991): Healing Back Pain: The Mind-Body Connection. New York: Warner Books.



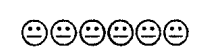
Scheibel, R.S., Meyers, C.A., and Levin, V.A. (1996): Cognitive dysfunction following surgery for intra-cerebral glioma: Influence of histopathology, lesion location, and treatment. Journal of Neuro-oncology, 30, 61-69.

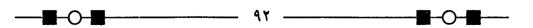
Taphoorn, M.J.B., Schiphorst, A.K. Snoek, F.J., Lindeboom, J., Wolbers, J.G., Karim, A.B. M.F., Hujgens, P.C., and Heimans, J.J. (1994): Cognitive functioning and quality of life in patients with low-grade gliomas: The impact of radiotherapy. Annals of Neurology, 36, 48-54.

Teasell, R.W., and Merskey, H. (1997): Chronic pain disability in the work place. Pain Forum, 6, 228-238.

Trojanowski, T., Peszynski, J., Turowski, K., Markiewicz, P., Goscinski, I., Bielawski, A., et al., (1989): Quality of survival of patients with brain gliomas treated with postoperative CCNU and radiation therapy. Journal of Neurosurgery, 70, 18-23.

Weisberg, J.N. and Keefe, F.J. (1997): Personality disorders in the chronic pain population: Basic concepts, empirical findings and critical implications. Pain Forum, 6, 1-9.







حالاتُ الصَّرْع

مقدمة في نوبات المرض

انتشارية المرض

تشخيص المرض

تصنيفات المرض

النوبات الصرعية عند الأطفال

آثار الصرع النفسية والاجتماعية التربوية

الخدمات التأهيلية لمرضى الصرع



حالات الصَّرَع

القسم الأول

مقدمة في نوبات المرض:

يعد الصرع Epilepsy مرضا عصبيا يتصف بحدوث نوبات Seizures متكررة غير مسبوقة مع استثارة مرتبطة بخلل في الجهاز العصبي Cavazos &) Lum 2002, Long, Glueckauf Rasmussen, 1998) وتعرَّف النوبات بأنها عبارة عن تفريغات غير طبيعية للشحنات العصبية الصادرة من نيورونات قشرة الدماغ والتي تحدث بصورة مفرطة في وقت واحد.

ويعرِّف «جابر» و«كفافي» الصرع بأنه مجموعة من الاضطرابات ترتبط مع اختلالات في الشحنات الكهربية في خلايا المخ، وتتميز بسورات عارضة أو راجعة من تغييم أو فقدان الشعور، وغالبا ما يصاحبها نوبات تشنجية أو سلوك آلي. والمصطلح مشتق من اللفظة الإغريقية epilepsies بمعنى نوبة. وقد تكون هذه الحالة:

- عرضية Symptomatic بمعنى أنها تعزى إلى عوامل معروفة مثل التهاب المخ، الحمى الشديدة، ورم في المخ، اختلالات حشوية، شذوذ بنائي أو مرض تدهوري.
- ذاتية Idiopathic بمعنى أنه لا يعرف أصلها، أو أنها تعزى إلى عيب مخي غير محدد.

وقد توجد الاستعدادات الوراثية للمرض في بعض الحالات ولكن ليس في كلها. ويسمى أيضا مرض السقوط Falling Sickness. ومن أشهر أنماط نوباته: النوبة الكبرى grand mal والنوبة الصغرى Petit mal والصرع الحركي النفسي Psychomotor epilepsy والصرع الجاكسوني Jaeksonian epilepsy والصرع التخبطي epilepsia cursive والنوبة الأوتونومية automatic seizure النوع الغلاب (الذي لا يقاوم) narcolepsy، النوبة الفجائية cataplexy. (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١١٥٥).

وتعتمد الأعراض الكلينيكية لتلك النوبات على موقع ومدى انتشار وتوليد نيورونات قشرة الدماغ المفرِّغة. ولا يعد أمرا مفاجئا أن تصبح تلك النوبات عرضا شائعا غير محدد في أمراض وإصابات الدماغ؛ نظرا لأن الوظيفة الأساسية للدماغ هي توصيل الشحنات والدفعات الكهربائية Electrical Impulses.

القسم الثاني

انتشـــــارية المـــــرض

وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية وإدارة الصحة النفسية لعام ١٩٩٩ World Health Organization (Department of Mental Health- WHO-(MNH), 1999). إلى أن عدد الأشخاص المشخصين بهذا المرض يبلغ ٤٠ مليونا في مختلف أقطار العالم. وغالبا ما تكون نسبة احتمالية التعرض لخبرة نوبة صرعية واحدة على الأقل بين الأفراد ٩٪ تقريبا. واحتمالية تشخيص الفرد بالإصابة بالصرع طوال مدة الحياة حوالي ٣٪، لكن نسبة شيوع الصرع النشيط Active Epilepsy لا تتجاوز ٠,٨ ٪ فقط (Nair 2003; Cava 205 & Lum 2002).

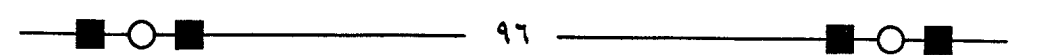
وقد يحدث الصرع لوحده أو قد يرتبط مع أوضاع طبية أخرى كإصابة الدماغ الصادمة Traumatic Brain Injury وأورام الدماغ السرطانية Brain Tumors والسكتة الدماغية Stroke. (Clemmons, 1997)

القسم الثالث

تشـخيص المـــرض

ويستلزم تشخيص Diagnosis النوبات الصرعية ودراسة التاريخ المرضي والطبي للمريض وتقييما للجهاز العصبي يتولاه أخصائي المصاب Neurologist. وتقييما للرسم الكهربائي للدماغ (Electro encephala graph EEG.) في حالتي الاستيقاظ والنوم. كما يتضمن التشخيص الدقيق للنوبات صورة الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging (MRI)، والتخطيط الدماغي بواسطة الكمبيوتر Computerized Topography (CT) Scanning أو مراقبة رسومات الدماغ الكهربائية بواسطة الفيديو EEG Video Monitoring لمدة أربع وعشرين ساعة (Assistive. Technology Partners, 2005).

وكثيرا ما تختلط الأعراض الصرعية مع الأعراض الهستيرية ويلتبس الأمر بالنسبة للمريض أو للمحيطين به؛ ولذا ينبغي التفرقة بين هذين النوعين من الأعراض. وبصفة عامة يميل المريض الهستيري إلى أن يوهم نفسه بأن أعراضه لها أصول عضوية لأن ذلك يعفيه من أية مسئولية عن هذه الأعراض. ومع أن معظم الهستيريين يبدون لامبالاة بأعراضهم فإن بعضهم يعتريه القلق، أو تكون أعراضهم مما يثير الشفقة والتعاطف. (مليكة، ١٩٩٨، ١٠٤).



ويورد مليكة جدولا يبين الفروق بين الأعراض الصرعية والأعراض الهستيرية نوضحه في الجدول (٣-١) .

جدول (٣-١)

الفروق بين الأعراض الصرعية والأعراض الهستيرية

الملامح الكلينيكية	الصرع	الهستريا
العوامل المرسبة	لا توجد، أو الكحول، أو سحب العقار	حدث ضاغط انفعالي
البيئة	أي مكان وأي ظرف، وأحيانا بالليل	داخل الأبواب وبخاصة في المنزل وفي وجود الناس
البداية	مفاجئة	غالبا متدرجة
الأورا (الإنذار)	غالبا على شكل كلابي أو خطافي	غالبا فرط التهوية (تنفس زائد)
النوبة	آلية. تخشبية- تشنجية	في صورة كفاح أو ذات رمز جنسي
النمط	نمطي	متباين
الصرخة	في البداية	أثناء النوبة
الكلام	نادر	غالبا
العض	اللسان	الشفتان - الأيادي- الناس
العواقب	وجع- نعاس	يقظة
التبول	غالبا	نادرا
الإصابة	غالبا	نادرا
تذكر النوبة	أبداً	تذكر بعض الأحداث
طول الفترة	دقائق قليلة.	دقائق كثيرة.

(عن مليكة، ١٩٩٨، ١٠٥)

وبعد أن تحدثنا عن تعريف المرض وعن انتشاريته بين الفئات المختلفة، وكذلك الإشارة السريعة إلى التشخيص والأدوات المستخدمة لذلك، سنتحدث فيما يلي عن الموضوعات الأساسية في الموضوع وهي:

- تصنيفات المرض.
- المجموعات الرئيسية في النوبات الصرعية.
- النوبات الصرعية عند الأطفال.
- نتائج المرض على الجوانب النفسية.
- علاج المرض وعمليات تأهيله.

أولا: تصنيفات المرض:

لقد طورت الجمعية الدولية المناهضة للصرع (International League Against Epilepsy (ILAE), 2005) عام ١٩٨١ تصنيفا عالميا للنوبات الصرعية، كما تم عام ١٩٨٩ مراجعة هذا التصنيف بحيث أصبح يضم زملات الصرع Epilepsy syndrome، وهي مجموعة الأعراض التي تحدث في وقت واحد مرافقة للنوبة الصرعية (French, 1994).

ويصنف الصرع بصورة أساسية إلى نوعين:

- **الصرع ذاتي العلة** Idiopathic: وهو النوع الذي لا تحدد فيه أسباب معروفة للمرض ولا توجد فيه إصابة واضحة في تركيب الدماغ وبنائه. ومن المحتمل أن تكون الأسباب في هذه الحال وراثية. ويعتبر الصرع ذاتي العلة المعمم من أكثر أنواع الصرع شيوعا خاصة في مرحلة الطفولة. كما أن صرع فقدان وغياب الوعي Absence وصرع التشنجات العضلية Myoclonic Seizures ونوبات التوتر الارتعاشي المعممة Generalized tonic- clonic seizures أيضا قد توجد لدى الأطفال المصابين بالصرع.
- **الصرع الأعراضي** Symptomatic: وهو النوع الذي يتضمن الشذوذ في تركيبة الدماغ وبنائها، والذي يعود إلى سبب معروف أو غير معروف.

ويعتبر الصرع الجزئي ذو الأعراض من أكثر الأنواع شيوعا بين الراشدين. وقد يسبب نوبات بسيطة جزئية أو جزئية معقدة أو نوبات التوتر الارتعاشي المعممة.

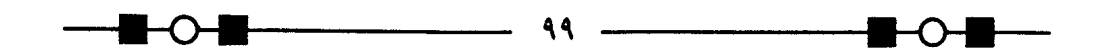
وتصنف نوبات الصرع أيضا تبعا لموقع أو موضع Location بدء الصرع إلى ما يأتي:

الصرع الجزئي Partial Epilepsy الذي يبدأ في منطقة بؤرية Focal Region من الدماغ.

الصرع المعمم Generalized Epilepsy الذي يبدأ بصورة منتشرة في كافة مناطق الدماغ.

وقد تكون بعض أنواع النوبات خاصة بزملات صرع محددة في حين قد نشاهد نوبات صرع أخرى في زملات مرضية مختلفة. وغالبا ما يكون من السهل تقرير نوع النوبة ونوع زملة الصرع استنادا إلى تاريخ المريض والرسم الكهربائي للدماغ. وعلى سبيل المثال إذا طور المريض الصرع بعد تعرضه لإصابة صادمة في الرأس فإن المريض قد يصف أو يشكو من نوبات تتألف من تحذير بحدوث النوبة يبدأ بشم رائحة غريبة خاصة Peculiar Smell، يتبعها حدوث التحديق Staring، وتلمظ الشفاه Lip Smacking والتحسس والبحث بدون هدف Fumbling. كما يظهر الرسم الكهربائي للدماغ لهذا المريض ذروة (نمط من موجات الدماغ يوفر مؤشرات تشخيصية تدل على النوبة الصرعية) بؤرية داخل النصفين الكرويين للدماغ Focal Interictal Spike وتدل هذه المؤشرات على وجود صرع جزئي يظهر من خلال نوبات صرعية جزئية بسيطة تتطور إلى نوبات جزئية معقدة.

وعلى أية حال فإن نسبة عالية من المرضى المصابين بالصرع يقدمون معلومات مربكة ومتناقضة مما يجعل تصنيف النوبات والزملات الصرعية أمرا في غاية الصعوبة. وعلى سبيل المثال قد لا يكون لدى المرضى سبب واضح للإصابة بالصرع. وقد يظهرون نوبات فقط من نوع نوبات الصرع الكبرى Grand Mal بدون أية إنذار. وقد تحدث النوبة بالرغم من وجود نتائج عادية وسوية Normal لقراءة الرسومات الكهربائية للمخ (EEG's).



وقد تكون نوبات الصرع الكبرى نتيجة لصرع معمم ذاتي ومجهول العلة (أو بسبب وراثي) أو قد تحدث النوبات الكبرى في حالة الصرع الجزئي إذا كانت بداية الحدوث البؤرية Focal onset وتلاها تعميم ثانوي سريع Rapid Secondary Generalization. وفي مثل هذه الحالة يجب بذل كافة الجهود للحصول على معلومات تاريخية ورسومات كهربائية للدماغ وهي التي يمكن أن تنعكس على جهود الأخصائي في تشخيص حالة المريض بدقة وبصورة مناسبة. ولا يخفى علينا أن التشخيص الدقيق والصحيح يساعد على اختيار العلاج الملائم، كما أنه في بعض الأحيان قد يحدد مآل ومستقبل الحالة والعلاج والتقدم التدريجي (French, 1994 Wilson 2004).

ثانيا: المجموعات الرئيسية في النوبات الصرعية

من زاوية أخرى تقسم النوبات الصرعية إلى مجموعتين رئيستين علاوة على نوع آخر. أما المجموعتان الرئيستان فهما نوبات الحدوث الجزئي Partial- Onset ونوبات الحدوث المعمم Generalized Onset ونوع آخر وهو صرع ما بعد الصدمة Post Traumatic Epilepsy (PTE). وستتحدث عن المجموعتين الأولى والثانية الرئيستين بشيء من التفصيل ثم نشير إلى النوع الآخر وهو صرع ما بعد الصدمة.

أ/ نوبات الحدوث الجزئي:

تبدأ نوبات الحدوث الجزئي في واحدة من المناطق البؤرية من القشرة الدماغية. وتصنف هذه النوبات بدورها إلى ثلاث مجموعات فرعية وهي:

- نوبات جزئية بسيطة Simple Partial Seizures
- نوبات جزئية معقدة Complex Partial Seizures
- نوبات ارتجاف توترية ثانوية التعميم Secondary generalized tonic-clonic Seizures (Cavazos & Lum 2002).

وفيما يلي نبذة عن كل من:

أ/١ النوبات الجزئية البسيطة:

تحدث النوبة الجزئية البسيطة والفرد محتفظ بوعيه وشعوره، وهو ما يميز هذا النوع من النوبات ويحدده عن الأنواع الأخرى. وعادة ما يشعر الفرد قبل حدوث

النوبة بقشعريرة (Aura) تنذره بقرب حدوث النوبة، بل إن تلك القشعريرة هي نوبة جزئية بسيطة.

وعادة ما تضم هذه النوبات أنواعا مختلفة من الخبرات الحسية والحركية واللاإرادية والنفسية. وبصورة أساسية فإن أية خبرة بشرية فريدة متميزة تتعلق بالقشرة الدماغية يمكن أن تكون نوبة جزئية بسيطة. ويستند تشخيص هذه النوبة إلى الحدوث النمطي المتكرر لنفس الخبرة ذات الصلة بالتغييرات البؤرية التي قد تظهر في الرسوم الكهربائية للمخ، أو إلى التشخيص الذي يجري بعد حدوث القشعريرة (Aura) التي تسبق وتؤدي إلى نوبة جزئية بسيطة أو نوبة ثانوية التعميم. ويفترض اختفاء هذه الظاهرة الكلينيكية وعدم معاودتها بعد استخدام مضادات التشنجات Anticonvulsants، لكن هذا لا يعتبر دليلا تشخيصيا على أن هذه القشعريرات نوبات صرعية.

وغالبا ما يكون التشخيص الكلينيكي لهذه النوبات صعبا إلى حد ما لأن العديد من نوبات القشعريرة النمطية Stereotypic Aura التي قد تستحث في مناطق القشرة الدماغية، يعجز الرسم الكهربائي للدماغ عن تسجيلها ورصدها. وترتبط ٢٠٪ إلى ٤٠٪ فقط من تهيجات وأعراض تلك النوبات الجزئية البسيطة التي تسبقها القشعريرة بالرسوم الكهربائية للدماغ في منطقة فروة الرأس Scalp.

أ/٢/النوبات الجزئية المعقدة:

وفي هذا النوع من النوبات يفقد المرء وعيه ويتعطل شعوره. ويعد تقييم التاريخ المرضي للفرد أمرا هاما في تشخيص هذه النوبة. ومن أكثر الطرق شيوعا لتقييم المحافظة على الشعور هو سؤال المريض حول ما إذا كان يستطيع تذكر ما حدث واستعادة تفاصيله. وغالبا ما يتذكر المريض شعوره بالقشعريرة التي تسبق النوبة (سواء كانت جزئية بسيطة أو جزئية معقدة) ولكنه لا يعي بأنه كان لفترة وجيزة غير قادر على الاستجابة للبيئة ولما يحيط به.

وعادة ما تبدأ النوبة الجزئية المعقدة بالتوقف السلوكي Behavioral Arrest ويتبعه التحديق Staring والحركات الذاتية اللاإرادية Automatisms بالإضافة إلى وجود حالة طارئة من التشوش والارتباك Confusion. وغالبا ما تتألف الحركات

الذاتيــــة اللاإرادية من صك الأسنان والـقـضم Chewing وتلمظ الشـــفـاه Lip smacking والتمتمة Mumbling والتحسس أو التلمس بغير هدف بواسطة اليدين Fumbling with the hands .

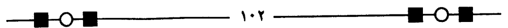
وغالبا ما نشاهد وضعية عضلية متشنجة Dystonic Posturing في الأطراف العلوية الجانبـية Contra- lateral upper extremity، وذلك عندما تـتـطور وتتولد النوبة الجزئية المعقـدة في منطقة الفص الصدغي الأوسط Mesial temporal lobe. وعادة ما تســتمر النوبة الجزئية المعـقدة من ٦٠-٩٠ ثانية وتتبعـها حالة طارئة من التشوش والارتباك العام. ويستمـر الشخص بعد ذلك ولعدة أيام في الشعور العام بالتعب والوهن وفقدان القوة والإعياء.

وقد تؤدي النوبات الجـزئية المعقدة الناتجـة عن الفص الأمامي Frontal lobe إلى ظهور سـلوكيات حـركيـة غريبة كـالقيـام بتحريك الأرجـل والذراعين وكأن الشخص يقود عجلة أو أنه يتخذ وضـعية المبارزة. ويتضمن هذا النوع من النوبات أشكالا حركـية مهـيمنة وبارزة بصورة أكـثر مما يحدث في حـالة حدوث النوبات الجزئية المعقدة ذات منشأ الفص الصدغي.

أ/٣ نوبات الارتجاف التوترية ثانوية التعميم:

تبدأ نوبات الارتجاف التوترية ثانوية التعمـيم غالبا بالقشعريرة، والتي تتطور إلى نوبة جزئية معقدة، ومن ثـم إلى نوبة ارتجاف توترية ثانوية التعميم. وعلى أية حال فإن النوبة الجزئية المعقـدة قد تتطور إلى نوبة ارتجاف توترية ثانوية التعميم، أو قد تتطور القشـعريرة أو الإنذار إلى نوبة ارتجاف توترية ثانوية التعـميم بدون وجود نوبة جزئية معقدة واضحة للعيان.

ومن الناحية الكلينيكية يعتبر تصـنيف نوبة الارتجاف التوترية الثانوية التعميم استنادا إلى تاريـخ المريض لوحده فقط -بوصـفه قد تعـرض لنوبة ثانوية التعـميم جزئية الحدوث أو نوبة معممة بصورة أولية- أمراً صعباً. وفي معظم الحالات كلما كانت النوبة ثانوية التعميم أكثر حدة كان الارتباط أقوى بحجم الفقدان في الذاكرة التي تحفظ علامة الإنذار بحدوث النوبة (aura).



ب/ نوبات الحدوث المعمم:

وتحدث نوبات هذا النوع ضمن ست مجموعات فرعية وهي:

- نوبات غياب الوعي Absence Seizures
- النوبات التوترية Tonic Seizures
- النوبات الارتجافية Clonic Seizures
- نوبات التشنجات العضلية Myoclonic Seizures
- نوبات الارتجاف التوترية أولية التعميم Primary generalized tonic-clonic Seizures
- النوبات الضعيفة غير التوترية Atonic Seizures

وفيما يلي نبذة عن كل من هذه المجموعات:

ب/١ نوبات غياب الوعي:

وهي النوبة التي تمثل ما كان يطلق عليه سابقا النوبة الصغرى (Petit mal)، وهي عبارة عن نوبات قصيرة من تعطل الشعور بدون حدوث إنذار بحدوث النوبة (Aura) أو وجود حالة طارئة من التشوش والارتباك. وتستمر هذه النوبات عادة لمدة أقل من ٢٠ ثانية. وقد تكون أو لا تكون مصحوبة بالقليل من الحركات الذاتية اللاإرادية. وغالبا ما يظهر المريض خلال هذه النوبات حركات وجه لاإرادية Facial automatisms. ويعد رمش العيون المتكرر من أكثر الصور البارزة في هذه الحركات اللاإرادية. وغالبا ما تعجل الاستثارة الهوائية أو الضوئية الزائدة بحدوث هذا النوع من النوبات.

وعادة ما يبدأ حدوث هذه النوبات خلال الطفولة أو المراهقة لكنها قد تستمر حتى الرشد. ويعد تشخيص نوبات غياب الوعي التي تحدث لأول مرة في مرحلة الرشد تشخيصا خاطئا في معظم الحالات. وغالبا ما يكون لدى هؤلاء المرضى من الراشدين نوبات جزئية معقدة مصحوبة بحركات لاإرادية خفيفة نسبيا. وبصورة عامة لا تظهر نوبات غياب الوعي لدى الأطفال إلا بعد أن يكون الطفل قد طوّر

نوبة ارتجاف توترية معممة. ويعد تناقص الأداء في التحصيل المدرسي أو في الانتباه العام للدراسة مظهرا حادثا لنوبات غياب وعي متكررة.

ب/٢ النوبات التوترية:

يتألف هذا النوع من النوبات من حدوث تمدد أو انثناء توتري مفاجئ للرأس أو الجذع و/ أو الأطراف لمدة ثوان عديدة. وتحدث هذه النوبات بصورة اعتيادية مرتبطة بالنعاس وبعد برهة قصيرة من الاستغراق بالنوم أو بعد الاستيقاظ مباشرة.

ب/٣ النوبات الارتجافية:

وتتألف هذه النوبات من حركات ارتعاشية إيقاعية متناغمة مصحوبة بتعطل الشعور. وقد ترتبط هذه النوبات بمناطق بؤرية من الدماغ (Focal) مع أو بدون تعطل الشعور. وتصنف النوبات البؤرية بوصفها نوبات جزئية بسيطة أو معقدة مع حدوث ارتعاشة في الأطراف العلوية والسفلية. وتتكون ارتباطات الرسوم الكهربائية للدماغ في حالة النوبات الارتجافية من تفريغ ثنائي صرعي الشكل ذي إيقاع متناغم Bilateral rhythmic discharges.

ب/٤ نوبات التشنجات العضلية:

وتتألف هذه النوبات من حركات ارتعاشية متناغمة قصيرة تستمر لمدة أقل من ثانية واحدة. وتتابع نوبات التشنجات العضلية خلال عدة دقائق. وتصنف هذه النوبات بأنها متطورة إلى نوبات توترية، في حالة كونها قد تطورت إلى حركات ارتعاشية متناسقة، ولا تكون هذه النوبات دائما صرعية المنشأ. وعلى سبيل المثال فإن الارتعاشات التشنجية العضلية خلال مرحلة رقم (١) من النوم تعد ظاهرة تحرير وتخليص طبيعية.

ب/٥ النوبات التوترية والارتجافية الأولية التعميم:

وهذه النوبات هي التي يطلق عليها النوبات الكبرى Grand Mal في الصرع، أو الصرع الأكبر. وتتألف من سلوكيات حركية متعددة تشمل التمدد التوتري المعمم في الأطراف العلوية والسفلية والتي تستمر لعدة ثوان يتبعها حركات ارتعاشية إيقاعية متناغمة، وحالة طارئة من التشوش الطويل الأمد.

ومن الناحية الكلينيكية يعد الفارق الوحيد بين هذا النوع من النوبات والنوبات التوترية الارتعاشية ثانوية التعميم أن هذه النوبات الأولى (أولية التعميم) تخلو من القشعريرة التي تعتبر إنذارا بالنوبة. وغالبا ما ترتبط هذه النوبات بالمناطق الدماغية الأمامية.

ب/٦ النوبات الضعيفة غير التوترية:

ويحدث هذا النوع من النوبات لدى الأشخاص الذين يعانون من شذوذ عصبي واضح. وتتألف هذه النوبات من فقدان قصير لطبيعة وطابع وضعية الجسم Postural Tone مما يؤدي غالبا إلى الوقوع والإصابة بالجروح والإصابات المختلفة (Cavazos & Lum 2002).

ج/ صرع ما بعد الصدمة:

يتعلق صرع ما بعد الصدمة Post Traumatic Epilepsy (PTE) باضطراب النوبة المتكرر Recurrent Seizures Disorder بسبب تعرض الشخص لإصابة صادمة في الدماغ. وقد تكون إصابة الدماغ ناجمة عن إصابة اصطدام الرأس أو نتيجة عصبية في الدماغ تعقب إجراء جراحة في الدماغ. ويجب التمييز ما بين صرع ما بعد الصدمة (PTE) ونوبات ما بعد الصدمة Post Traumatic Sezures (PTSE) التي تدل على أية نوبة صرعية تحدث بعد إصابة الدماغ Brain Injury. وإذا حدثت النوبات خلال ٢٤ ساعة من وقوع الإصابة يطلق عليها نوبة مباشرة بعد الصدمة Immediate (PTS). ويطلق عليها نوبة مبكرة إذا وقعت بعد مرور أسبوع على حدوث إصابة الدماغ. وتلك التي تحدث بعد أكثر من أسبوع واحد بعد إصابة الدماغ، ويطلق عليها النوبة المتأخرة، وحوالي ٢٠٪ من المرضى الذين يتعرضون لنوبات متأخرة لا يتعرضون لنوبات أخرى مطلقا، وبالتالي لا يجب وصفهم بأنهم يعانون من (PTE) بالرغم من تعرضهم لنوبات بعد الصدمة (PTS) (Posner & Lorenzo, 2004)

القسم الثالث

النوبات الصرعية عند الأطفال

أ/ قضايا في تشخيص نوبات الصرع عند الأطفال:

يحتاج الكلينيكي عند تقييم طفل تعرض لنوبة الصرع لأول مرة إلى تناول القضايا الرئيسية التالية:

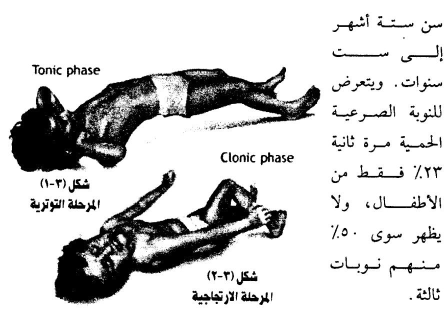
- التعرف إلى سبب محدد للنوبة.
- العلاج الأكثر مناسبة.
- مآل الحالة ومستقبلها.

وتحدث نوبات الصرع في ما يقارب ١٪ من الأطفال، وقد لا يعاود الكثير من الأطفال الذين خبروا نوبا صرعية لأول مرة التعرض لنوبة ثانية مطلقا. وعلى أية حال فإن النوبة قد تكون ظهورا أوليا لحالة طبية أشد حدة وجدية. ويعتبر الصرع حالة قد يظهر فيها الأطفال نوبتين أو أكثر بدون وجود سبب ملازم قريب لتلك النوبة (Kenneth 2004).

ب/ الأسباب المحتملة للنوبات الصرعية عند الأطفال:

يساعد تحديد أسباب نوبات الصرع عند الأطفال على التعرف على البدائل العلاجية الممكنة وعلى مستقبل الحالة المرضية بالنسبة لهم. ويمكن ملاحظة الصور الشائعة لنوبات الصرع عند الأطفال في الأحوال التالية:

- النوبات الصرعية الحُمّية Febrile Seizures التي تصيب ٣٪ من مجموع السكان. وتظهر هذه النوبات لدى بداية الحمى المرتفعة التي قد تكون أعلى من ٣٨,٥ درجة حرارة مئوية. تصيب النوبات الحمية الأطفال في سن ستة أشهر إلى ست سنوات. ويتعرض للنوبة الصرعية الحمية مرة ثانية ٢٣٪ فقط من الأطفال، ولا يظهر سوى ٥٠٪ منهم نوبات ثالثة.



شكل (٣-١) المرحلة التوترية

شكل (٣-٢) المرحلة الارتجاجية

- الأسباب المرتبطة بحدوث الالتهابات Infectious Etiologies، وقد تحدث النوبات الصرعية أيضا في المراحل المبكرة من مرض السحايا Meningitis والتهاب الدماغ Encephalitis.

- التغيرات الأيضية Metabolic Alteration ويجب مراعاة تقييم مستويات الجلوكوز والصوديوم والكالسيوم عند الأطفال الذين يظهرون النوبات الأولى من الصرع. وبصورة خاصة الأطفال الذين تنقل لهم السوائل عبر الأوردة Intravenous Fluids والمصابين بالسكري أو الذين يكونون عرضة للإصابة بشذوذ الشحنات الكهربائية Eiectrolyte Abnormalities في الدماغ.

- إصابات الرأس Head Trauma غالبا ما تحدث النوبات المباشرة بعد تعرض الأطفال لإصابات في منطقة الرأس (Christopher & Westermeyer 2003; Kenneth 2004).

ج/ تصنيف النوبات الصرعية عند الأطفال:

وتصنف نوبات الأطفال تبعا للزملات المختلفة بما فيها ما يلي:

- التشنجات الطفولية Infantile Spasms وتحدث للأطفال في سن ٤-٨ أشهر. وتتألف من مجموعات عنقودية متواصلة (Clusters) من التشنجات والرجفات العضلية Myoclonic Spasms التي تحدث بعد الاستيقاظ.

- صرع إغمائي بسيط Petit mal epilepsy وهي عبارة عن نوبات أعمار بسيطة متكررة قد تحدث بمعدل مائة مرة أو أكثر يوميا وتظهر في صورة نوبات متكررة من التحديق والتخشب القصيرة Brief Staring Spells التي تستمر لمدة ثوان في كل مرة.

- صرع رولاندي حميد Benign Rolandic Epilepsy ويحدث للأطفال من سن ٤-١٠ سنوات بصورة نوبات ليلية تتصف بارتعاش الوجه Facial Twitching وفقدان القدرة على الكلام Aphasia، بالإضافة إلى نوبات ارتجاف توترية Tonic- Clonic.

- صـرع الأحــداث التــشنجي Juvenile Myoclonic Epilepsy (JME) ويحـدث في سنوات المراهقة، ويظهـر الأفراد المصـابون نوبات تشنجـية حركية معممة، والنطق بطريقة مرتجفة (Myoclonic Jerks) بالإضافة إلى نوبات مـتكررة من التحـديق والتخـشب (Staring Spells) تحدث بـعد الاستيقاظ (Kenneth, 2004)

القسم الرابع

آثار الصرع النفسية والاجتماعية والتربوية

أ- مشكلات نفسية واجتماعية:

للصرع نتـائج سلبيـة على حياة المصـاب وعلى أسرته، وهي نتـائج تشمل جوانب مختلفة بحيث إنها تشمل الجوانب النفسـية للمصاب والجوانب الاجتماعية والتربوية له ولأسـرته. ومن هنا جاء اهتمام فـرق التأهيل بأهمية تقـديم الخدمات النفسية التأهيلية على مختلف مـستوياتها لمريض الصرع. ويستند هذا الاهتمام إلى نتــائج العــديد من الدراســات Arntson, et. al, 1986 (Long, Glueckauf & Rasmussen 1998) التي توصلت إلى أن الأشخاص المـصابين باضطرابات الصرع المزمن يكونون عرضة لتطوير المشكلات النفسية والعقلية.

ومن هذه المشكلات بصورة خاصة والتي يمكن أن تترتب على الصرع، الاكتئاب والقلق والمشكـلات التي تقع في مـجـال عـلاقـة الفـرد بالآخـرين Interpersonal Relationships Problems وبما في ذلك أيضـا تدني الشعـور بالسعـادة، وانخفـاض درجة الرضا عن الحياة، والمستوى المتواضع في المشـاركة المجتمعية، والمشكلات المهنية كالبطالة وانخفاض معدلات التوظيف (Arntson et. al, 1986).

ومع أن الأشخاص المصـابين بالصرع غالبا مـا يستمرون في مـزاولة حياتهم الطبيعية نظرا للتقدم الدوائي في مجـال مقاومة تشنجات النوبات الصرعية، والذي يمكّن ما يقارب ٨٠٪ من الصرعيين من الاستفادة من هذه العلاجات الحديثة. ومع ذلك فإن هذا الاضطراب الـعصبي قـد يؤثر بشدة على الحيـاة اليومـية عند بعض الأشخاص المصابين به، وعلى أسرهم وأصدقائهم.

كما أن هناك بعض الصرعيين الذين يعانون من نوبات صرع حادة من النمط الذي يقاوم العلاجات الدوائية، أو على الأقل يكون لمفعـول العلاجات مدى أقصر مقارنة برفـاقهم من الذين يستجيبـون لهذه الأدوية. كما أنهم قد يتـعرضون لخطر الخلل والإعـاقات العـقليـة بدرجة مـتزايدة، وبصـورة خـاصة إذا كـانت نوباتهم الصرعية قد تطورت منذ الطفولة المبكرة. وتتـعلق هذه الإعاقات العقلية بالأوضاع الأساسيـة التي سببت النوبات الصرعيـة، أو بسبب معالجات الصرع نفـسها وليس بسبب النوبات الصرعية بحد ذاتها (NINDS, 2004).

ب- السلوك والانفعالات:

ومن الشائع بين الصرعيين أن تتطور لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية. وقد توصل ارنتسون وزملاؤه Arntson and Colleagues 1986 في عينة دراستهم التي تألفت من ٣٥٧ شخصا من الراشدين المصابين بالصرع إلى أن:

٣٩٪ منهم أظهروا أعراض القلق مقارنة بنسبة ٩٪ من غير الصرعيين.

٣٣٪ منهم أظهروا شكاوى جسمية مقارنة بنسبة ١٠٪ من غير الصرعيين.

٢٥٪ منهم أظهروا أعراض الاكتئاب مقارنة بنسبة ٩٪ من غير الصرعيين.

كما أظهر أفـراد عينة الدراسة اتجاها عاما بعدم قبـول الذات وعدم الإفصاح عن مشكـلتهم الصحـية للآخـرين، خوفـا من التميـيز ضـدهم والشعور بـالعزلة الاجتماعية.

وقد أظهرت دراسة حديثة كانت تهدف إلى التعرف على مشكلات الراشدين النفسية والاجتماعية من مرضى الصرع بهدف تطوير برامج للتدخلات العلاجية أن القـضايا المتـعلقة بالعـلاقات الأسـرية تحتـل المرتبة الأولى، والمشكلات النفـسيـة الاجتماعية Psychosocial والمهنية المرتبة الثانية، هذا بالإضـافة إلى أعباء العلاج الطبي والتوترات المرتبطة بالمشكلات الزوجية. ويرى الباحثون أن الإصابة أو المرض الصـرعي بنوباته المتكررة قـد يؤدي إلى عـرقلة دور الزوج أو الزوجـة في الحيـاة الخاصة.

ويبدو أن الصرع له نتـائجه الخاصة على فـئة الأطفال فهو قـد يسبب الحرج والإحـباط المرتبط بالنوبـة الصرعـية في بعـض الأحيـان على الأقل. وفي بعض

الحالات الأخرى قد تحـدث المشكلات للأطفال نتيجة اسـتشاد Bullying الأطفال الآخرين عليـهم انطلاقا من الضعف والإعاقـة التي تبدو على مظهرهم وحـالتهم الصحية. وقد يكونون عرضة للعـدوان اللفظي أيضا والمتمثل في السخرية والتهكم وعبارات الاستهتار التي تصدر عن الأطفال الآخرين نحوهم، أو أن يكونوا عرضة لتجنب الآخرين ورفضهم. ويحدث هذا السلوك داخل جدران المدرسة أو خارجها في المواقف الاجتماعية المختلفة (NINDS, 2004) .

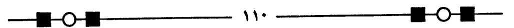
ويمكن الحد من تلك المشـكلات بين الأطفال إذا سعى الوالدان إلى تشـجيع الطفل على النظرة الإيجـابية Positive Outlook، وعلى الاستقـلالية، وإلى عدم مكافأة السلوكيات السلبية من خلال ميكانزمات الإطفاء وإيقاف الاهتمام الزائد بها مع محـاولة البقاء متناغـمين مع حاجات الطفل ومـشاعره. كمـا يجب أن تتعلم الأسر أساليب التعايش مع النوبات الصرعـية مع عدم توجيه اللوم أو الغضب على الطفل المريض. ويمكن للخدمات الإرشادية والتأهيلية أن تساعد الأسر على التعامل ومواجهة مشكلة الصرع بأسلوب إيجابي.

ويمكن لجماعات الصرعيين Epilepsy Support Groups أن تساعد أيضا في التخـفيف من وطأة هذا المرض من خلال إتاحـة الفرص للمصابين وأفـراد أسرهم للتحدث أمـام المصابين الآخرين ولتبادل المعـلومات بشأن خبراتهم وخـيبات أملهم والأساليب الحديثة الجبرية خاصة التي ثبتت فاعليتها لمواجهة الصرع.

وغالـبا ما يكـون الصرعيـون عرضـة لخطر تدني تقـدير الذات والاكتـئاب والانتحـار وتعد هذه المشكلات ردود فعل للافتـقار إلى الفهم الصحـيح أو بسبب الانزعاج المتـواصل المرتبط بالصرع ونوباته الذي قـد ينجم عن القسـوة أو التجنب الذي يمارسه الآخرون نحو هؤلاء الأشخاص.

ج/ قيادة السيارة وفرص الترويح الأخرى Driving and Recreation

يقيد مرض الصرع حـرية صاحبه واستقلاليتـه، وبصورة خاصة القدرة على قيادة السيارة على أساس أنها الوسيلة المسـتخدمة للانتقال بحرية بين الأماكن. ولا تصدر بعض الدول رخص قيادة السيارات Driver's License لمصابي الصرع إلا إذا قدموا شهـادات بأنهم لم يتعرضوا لنوبات صرعـية من مدة طويلة تصل لسنوات.



وقد أثبتت الدراسات أن نسبة خطر حدوث حوادث السيارات المتعلقة بالنوبات الصرعية نسبة عالية جدا عند الذين يتعجلون قيادة السيارات من الصرعيين إذا ما قورنوا بالصرعيين الذين كانوا متأنين في القيادة بحيث إنهم لم يقدموا على القيادة إلا بعد اطمئنانهم على اختفاء النوبات لديهم.

كما تحد نوبات الصرع أيضا من الخيارات الترويحية، وعلى سبيل المثال فإن مصابي الصرع يجب ألا يشاركوا في الأنشطة الرياضية كسباق السيارات Motor Racing والقفز بالمظلات من الطائرات Skydiving وممارسة الأنشطة المائية كالسباحة والغطس، حيث تؤدي لحظة من فقدان الانتباه إلى أوخم العواقب.

د/ التعليم والعمل Education and Employment

تنص القوانين الدولية والمحلية على عدم استثناء ذوي الحاجات الخاصة بمن فيهم الصرعيين من فرص التوظيف والتعليم والأنشطة الأخرى. وتشير الدراسات المسحية إلى أن أكثر قليلا من النصف (٥٦٪ فقط من مرضى الصرع يتمكنون من إنهاء الدراسة الثانوية وإلى أن ما يقارب من ١٥٪ فقط ينهون الدراسة الجامعية، وأن ٢٥٪ من مرضى الصرع في سن العمل يعانون من البطالة. وتعتبر هذه المعدلات معدلات متدنية جدا مقارنة بمعدلات السكان في مجتمعات كثيرة (NINDS, 2004).

وتؤكد هذه النسبة على وجود عوائق بالغة أمام مرضى الصرع في مجالي التعليم والعمل. وتشير بعض الدراسات (Hershey, et. al 1998) إلى التأثيرات القوية للنوبات الصرعية ذات منشأ الفص الصدغي، أحادي الجانب Unilateral Temporal Lobe Epilepsy (TLE) على القدرات العقلية وخاصة استرجاع المعلومات والمدى المكاني واللفظي، وأنها بصورة عامة تؤدي إلى إعاقة التحصيل لدى الأطفال والراشدين. ويبدو أن الأدوية العلاجية المضادة للصرع تسبب آثارا جانبية تنعكس على القدرات العقلية في تضاؤل التركيز وضعف الذاكرة، كما يبدو واضحا أن القيود الموضوعة على قيادة السيارات تحد من فرص العمل بين هؤلاء المرضى بصورة قاسية.



غالبا ما تكون النساء المصابات بالنوبات الصرعية قلقات بشأن إمكانية نجاحهن في الحمل وفي إنجاب أطفال أصحاء. وتشير الدراسات إلى أن معدلات ولادة مشوهين تصل إلى ٦٪ من بين النساء الصرعيات، وغالبا ما تبلغ نسبة احتمالية إصابة أبناء الأشخاص الصرعيين بنفس المرض ٥٪ فقط.

ويوجد العديد من سبل الحيطة والوقاية التي تستطيع الأم المصابة أن تتخذها قبل الحمل وخلاله لتقليل الخطر المرتبط بالإصابة. ومن الجدير بالإشارة أن بعض أدوية النوبات وبصورة خاصة أدوية: فالبروت Valproate، ترايمثيدون Trimethidone، فاينيتوين Phenytoin، ترتبط بتشوهات الولادة كسقف الحلق المشقوق Cleft Palate ومشكلات القلب وتشوهات الأصابع في اليدين أو القدمين. ولذا فإن الاستشارة الطبية التي تتم قبل بدء الحمل والتي قد تفرض على الأم تغير الأدوية تبدو ضرورية وحتمية (NINDS, 2004).

و- هل توجد أخطار خاصة مرتبطة بالصرع؟

بالرغم من أن معظم الصرعيين يتمكنون من الاستمرار في ممارسة الأنشطة الحياتية والوظيفية والوسيلية ويمضون في حياتهم بصورة طبيعية نسبيا طالما أنهم يتقيدون بالبرنامج الدوائي، إلا أنهم يكونون بصورة خاصة عرضة لخطر حالتين مهددتين للحياة (Two Life- Threatening Conditions) وهما:

- حالة الصرع الثابت Status Epilepticus
- حالة الموت المفاجئ غير المفسر Sudden Unexplained Death

أما الصرع الثابت فهو عبارة عن سلسلة من نوبات صرعية كبرى دون فترات وعي، وقد تؤدي أحيانا إلى الموت (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٧١٨) وهي حال مهددة للحياة حيث يكون المصاب قد تعرض إما إلى نوبة صرعية مطولة بصورة غير عادية، أو لم يتمكن من استعادة وعيه بين سلسلة من النوبات الصرعية. ومع أنه لا يوجد تحديد وتعريف واضح مقيد للزمن الذي تتحول فيه النوبة إلى نوبة صرعية ثابتة، إلا أن معظم المختصين يجمعون على أن أية نوبة صرعية تستمر لمدة تتجاوز الخمس دقائق يجب التعامل معها بوصفها صرعا ثابتا.

وتؤثر حالة الصرع الثابت على ما يقارب ١٩٥,٠٠٠ (مائة وخمسة وتسعين ألفا) من الأشخاص سنويا في الولايات المتحدة مؤدية إلى وقوع حوالي ٤٢,٠٠٠ (اثنين وأربعين ألفا) حالة وفاة. وفي حين يعتبر المصابون بالصرع معرضين لخطر متزايد من حالة الصرع الثابت، إلا أن ٦٠٪ من الأشخاص الذين يطورون هذه الحالة لا يكون لديهم تاريخ إصابة بنوبات صرعية. وتنجم معظم تلك الحالات عن الأورام الدماغية والصدمات أو المشكلات الأخرى التي تؤثر على الدماغ، وتكون بحد ذاتها مهددة للبقاء على قيد الحياة.

وفي حين لا تستدعي معظم النوبات الصرعية معالجة طبية طارئة إلا أن الأشخاص الذين يتعرضون لنوبات مطولة من الصرع (صرع ثابت) يجب نقلهم إلى قسم الطوارئ مباشرة. وقد أظهرت إحدى الدراسات أن ٨٠٪ من المصابين بهذه الحالة الذين تلقوا أدوية علاجية خلال مدة ٣٠ دقيقة من حدوث النوبة الطويلة توقفت عندهم تلك النوبات في حين أن ٤٠٪ منهم فقط تعافوا في حالة مرور ساعتين قبل تلقيهم العلاج. ويستطيع الأطباء في موقف المستشفى معالجة المصابين بهذه الحالة المهددة للحياة من خلال الأدوية المختلفة، وتزويد المريض بأجهزة الأكسجين إذا لزم الأمر.

وأما الموت المفاجئ غير المفسر فإن الصرعيين يكونون عرضة له ولأسباب لازالت غير معلومة وغير مفهومة. وهي حالة قد تحدث لأفراد غير مصابين بنوبات صرعية People without epilepsy لكن الصرع يضاعف من معدلات خطر وقوع هذه الحالة. وتشير إحدى الدراسات إلى أن استخدام أكثر من دوائين من أدوية مضادات التشنجات الصرعية قد يقف وراء حالة الوفاة المفاجئة NINDs .

ز/ هل هناك شخصية صرعية؟

ويسأل الباحثون هذا السؤال، بمعنى هل هناك سمات شخصية معينة للأفراد المصابين بالنوبات الصرعية خاصة المرضى المزمنون منهم. ومشروعية السؤال تكمن في التساؤل عما إذا كانت النوبات المتكررة تخلق سمات وخصائص نفسية توجد عند الصرعيين المزمنين ولا توجد عند سواهم. ويجيب معظم الباحثين عن هذا السؤال بالإيجاب، حيث يلاحظون سمات وخصائص توجد عند الصرعيين أكثر مما توجد عند غيرهم من الأسوياء أو من المرضى بأمراض أخرى. والباحثون

يتفقون على وجود أعراض توجد عند الصرعيين تميزهم عن غيرهم رغم اختلافهم في ميكانزمات حدوث هذه التغيرات، أي كيف تؤثر النوبات وردود الفعل إزاءها في خلق هذه السمات.

وعلى أية حال فإن من الثابت أن الذهانيين Psychotics ومضطربي الشخصية Personality Disorders يوجدون بين الصرعيين أكثر مما يوجدون بين أي مرضى آخرين خاصة بين مرضى صرع الفص الصدغي.

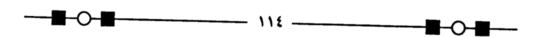
وهذه التغيرات ظهر أنها تحدث في العمليات المرضية عند الصرعيين أكثر مما تحدث نتيجة التعرض لضغوط الحياة. كما أن هذه التغيرات أو الأعراض دائمة وليست وقتية ولا ترتبط إلا بدرجة أزمان المرض، مما يشير إلى أنها مرتبطة بالمرض الصرعي.

ويشير مليكة (٩٩-١٠٣) إلى أن أكثر الظواهر المرضية شيوعا عند الصرعيين هي لزوجة Viscosity العمليات الفكرية، وتعميق الانفعالات، والتشدد الخلقي، وشدة الاعتقادات الدينية أو الكونية، وتناقص الدافع الجنسي.

أما اللزوجة فتشير إلى النزعة إلى الاتصاف بكل فكرة وفعل، وانشغال بالتفاصيل، وتكون العمليات الفكرية ظرفية ومداومة. وفرط الكتابة Hypergraphia ظاهرة وسواسية تتمثل في كتابة مذكرات ويوميات زائدة، وفرط الثرثرة Verbosity هي المقابل الصوتي لفرط الكتابة. أما التدين فقد يكون ملحوظا. ويظهر ليس فقط في الاهتمام الزائد بالأنشطة البيئية والمشاركة فيها بصورة زائدة وظاهرة، بل أيضا الانشغال الزائد بما هو صواب وخطأ وأخلاقي، مع الاهتمام الزائد بالقضايا النفسية والكونية. وقد يعتقد المرضى أنهم يحظون برعاية إلهية خاصة، وكذلك قد تظهر اللزوجة في معالجة المريض للأمور الدينية.

وقد يلاحظ التعميق في كل الانفعالات. وقد يسهم ذلك في اللزوجة والثقل اللذين يميزان كلامه إلى الحد الذي يصبح معه تفصيل ضئيل وتافه موضوعا هاما له دلالته الوجدانية الكبيرة وغير المتوقعة. وتلعب هذه الانفعالية المرتفعة دورا هاما في قابلية المريض للهياج وتدني تحمله للإحباط وتقلب مزاجه، بل وحتى الانفجار الذي يحدث في هؤلاء الأفراد من وقت لآخر.

وقد تتمثل التغيرات في السلوك الجنسي في زيادة النشاط الجنسي والانحرافات في الاهتمامات الجنسية مثل الفيتشيه Fetishism وانحراف الملبس Transrestism، كما قد تتمثل في خنق النشاط الجنسي، وهذا الأخير الأكثر



شيوعا. ويتمثل في نقص الاهتمام بالأمور الجنسية مع نقص الاستثارة الجنسية. وبالنسبة للمرضى الذين بدأت نوباتهم الجزئية المركبة قبل البلوغ، قد لا يصل المريض منهم إلى المستويات العادية من الارتقاء الجنسي.

والعنف الزائد نادر جدا بوصفه مظهرا للصرع الجزئي المركب. وقد يتطور الهياج الذي يلي النوبة إلى عنف إذا بذلت محاولة لتقييد المريض بالقوة. ولا تزيد نسبة العنف الذي يلي النوبة بين مرضى الصرع عنها بين المرضى الآخرين.

القسم الخامس

الخدمات التأهيلية لمرضى الصرع

التنبؤ. الوقاية. العلاج. التأهيل

أ/ التنبؤ:

مازال العلماء يبحثون عن أدوات للتنبؤ وإيقاف نوبات الصرع. وقد توصل العاملون في ميدان الصرع قبل عقد من الزمان إلى استخدام بعض الأدوات العلاجية. ومنها وسيلة استثارة العصب الجمجمي الدماغي العاشر Vagus- nerve stimulator device وهو واحد من الاثنى عشر عصبا جمجميا دماغيا الذي يضم ألياقا حسية وحركية. وتتم زراعة هذه الوسيلة بعد التخدير الكامل للمريض في منطقة الرقبة Collar- bane. ويتم استثارة العصب الجمجمي العاشر كل خمس دقائق بذبذبة كهربائية قصيرة بتردد عالي النشاط، وتؤدي هذه الوسيلة إلى التقليل فقط من النوبات بدون أن توقفها كلية.

ومازال العلماء في جامعة ستانفورد بولاية كاليفورنيا يطورون الوثيقة التي تعمل على تحفيز واستثارة الثلاموس الأمامي Anterior thalamus لإيقاف النوبات الصرعية. ويبدو على المدى الطويل أن الأبحاث التجريبية التي تجري من أجل معالجة الصرع ستقود إلى الوقاية منه. حيث ينقل «ولسون» (Wilson) في مرجعه السابق قول «جريجوري هولمز» (Gregory Holmes) أخصائي الأعصاب وطب الأطفال في كلية الطب في جامعة دارتموث في ولاية نيوهامشير الأمريكية «يبدو أننا قد فقدنا طريقنا ونحن نركز طويلا على معالجة المحصلة النهائية لهذا الاضطراب. ويجب أن نبدأ في تطوير استراتيجيات للحماية العصبية».

ويشير هذا التوجه الجديد إلى أن الجزء الرئيسي للأبحاث المستقبلية سيسعى لتعريف وتحديد أي من التغيرات التي تحدث في الموصلات والمستقبلات العصبية تعد حاسمة ومسئولة عن التسبب في حدوث اضطراب الصرع، وأي منها قد يعوق هذا الاضطراب.

ب/ الوقاية:

ويمكن السيطرة على النوبات عن طريق تجنب الظروف التي تؤدي إلى تفاقم الحالة. وقد تبين أن زيادة التهوية (عن طريق التنفس العميق) والكحول والاستثارة الضوئية والضغوط الانفعالية يمكن أن تسهم جميعا في حدوث النوبات عند مختلف المرضى، مثال ذلك أن أنماط الضوء المتلألئ التي تحدث حين يقود المرء سيارته في شارع ضيق تحف به الأشجار من الجانبين قد تبين أنها تستثير التشنجات (سوين، ١٩٧٩، ٦٠٤).

ويستطيع مريض الصرع الراشد أن يأكل كما يأكل أفراد أسرته وربما يكون في غنى عن نظام غذائي خاص به، ولكن الطفل الصرعي يفضل أن يكون له نظام غذائي خاص يغلب عليه المواد الدهنية، والذي يخلو من المواد الكربوهيدراتية كما يحتوي على مقادير متوسطة من البروتين.

وقد يعجل نقص نسبة السكر في الدم بظهور النوبات عند مرضى الصرع، ولذلك ينصح مرضى الصرع بأن يتجنبوا الجوع الشديد، أو الامتناع عن الطعام لفترة طويلة من الزمان.

ج/ العلاج:

غالبا ما يشعر المرضى الذين يتعرضون لنوبات الصرع وهم يتناولون أدويتهم العلاجية لأول مرة أنهم مجبرون على ذلك وليست لديهم خيارات أخرى. وبمجرد أن يفشل الدواء الأول في ضبط النوبة والسيطرة عليها، فإن فرص نجاح أدوية أخرى لا تتجاوز نسبة ١٠٪.

ويطلق على نوعية الصرع الذي يحدث للشخص الذي يتناول دوائين ومازالت نوبات الصرع تحدث له «صرع مقاوم للمعالجة» أو «صرع لا يستجيب للعلاج» Refractory Epilepsy. ويعاني ٣٥٪ من مجموع المصابين بالصرع من هذا النوع الذي لا يستجيب للعلاج.

وعادة ما يستغرق الأطباء وقتا طويلا ليحددوا ما إذا كانت نوبات المرض يمكن التحكم فيها بواسطة الأدوية، فقد تصل هذه المدة إلى ثمان أو تسع سنوات. ولكن نوع الصرع الذي لا يستجيب للعلاج سيتم تحديده في فترة أقصر، وبالفعل فإن تحديد هذا النوع من المرض لا يستغرق أكثر من سنتين (Wilson, 2004).

وغالبا ما يكون ضحايا الصرع المقاوم للعلاج أقوى المرشحين للجراحة الدماغية التي تستأصل وتبيد جميع النوبات عند ٨٠٪ من المرضى. وهي البديل الأفضل عن العلاج الطبي. لكن الأطباء غالبا ما ينتظرون لفترة طويلة -تصل إلى ٢٢ سنة- لكي يقوموا بإحالة المريض إلى الجراحة. وخلال تلك السنوات قد يحدث للمريض الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية، هذا إذا لم يحدث تلف حقيقي للدماغ جراء الآثار الجانبية للأدوية Engel, 1995.

وغالبا لا يملك المراهقون والراشدون الصغار الذين يعانون من نوبات صرعية القدرة على التحكم فبها. وتحول مضاعفات النوبات المعوقة دون اكتساب المريض للمهارات المهنية. وينتظر الأطباء مرضاهم الصغار لكي يصلوا إلى سن العشرينيات أو أكثر لإجراء الجراحة الصرعية، وإلى هذه السن فإن هؤلاء الأطفال المرضى يستمرون في الاعتماد على أسرهم أو على مجتمعهم، لأنهم لا يملكون المهارات الضرورية لكي يحيوا حياة مستقبلية (Engel, 1995).

وكما أشرنا في السابق أن النوبات الصرعية المتكررة تؤدي إلى مختلف المشكلات المعرفية بما في ذلك مشكلات التعلم والذاكرة التي ترتبط بحدوث تلف في منطقة قرن آمون في المخ Hippo Campus (Wilson, 2004). وحديثا رصدت معاهد الصحة القومية National Institutes of Health (NIH) في الولايات المتحدة مبلغ ٣٠ مليون دولار كمنحة لمحاولة تجريب جراحة عشوائية مبكرة لمواجهة الصرع Early Randomized Surgical Epilepsy Trail ستقارن ما بين آثار المعالجة بالدواء والعلاج بالجراحة بين مرضى شخصت حالاتهم حديثا بأنها حالات صرع مقاوم للعلاج.

وتعد هذه الدراسة مهمة جدا ومبشرة لأنها قد تبرهن على قيمة الهجوم والتدخل الجراحي المبكر في إيقاف النوبات. لكن المشكلة الكبرى التي تواجه هذا المشروع تكمن في العثور على مرضى يوافقون على المشاركة في الدراسة والخضوع لإجراءاتها. ويجد الباحثون صعوبة في إقناع المجتمع الطبي والمرضى بأهمية التدخل الجراحي المبكر.



ويرى بعض الباحثين مثل (Wilson, 2004) أن الجراحة قد يترتب عليها مشكلات معينة لكن عندما يستمر المرضى في المعاناة والتعرض لنوبات الصرع المتكررة لمدة طويلة من الزمن فإن معدلات الوفاة والأمراض المصاحبة أو الناجمة عن النوبات قد تكون أكبر بكثير من الوفاة والأمراض التي قد تترتب على إجراء الجراحة. ومن الجدير بالذكر أن مضاعفات الجراحة تحدث عند ٣٪ من المرضى الذين يخضعون للجراحة، وتتضمن مشكلات نطقية وكلامية حادة وصعوبات في القراءة وتغييرات أساسية في الشخصية (Wilson, 2004).

د/ التأهيل:

رغم كل الخطورة التي يمثلها مرض الصرع والمعاناة التي يسببها لصاحبه ولأسرته ووجود الأنواع التي تستعصى على الشفاء فإن في ميسور عدد كبير وملحوظ من مرضى الصرع أن يعيشوا حياة سوية ولا يقل توافقهم العقلي والاجتماعي والمهني فيها عن توافق أي مجموعة من غير المصابين بالصرع من الأسوياء، كما يذكر ذلك سوين (سوين ١٩٧٩، ٦٠٣).

ولا تبدو أن هناك علاقة ذات دلالة بين التشنجات أنماطها وموقعها أو نسبة تكرارها وبين قدرة المرء على التكيف للحياة العادية. ثم إن النوبات يمكن السيطرة الكاملة عليها فيما يتراوح بين ٥٠٪- ٦٠٪ من الحالات، في حين أنه يمكن تخفيض عدد النوبات وشدتها إلى درجة ذات دلالة في ٣٠٪ من بقية الحالات.

والنوبات الكبرى تستجيب تماما للعلاج مما يعني إمكان السيطرة أو القضاء الكامل على الصرع عند حوالي ٨٠٪ من المرضى. بينما النوبات الصغرى ونوبات جاكسون والنوبات الحسية الحركية فتأتي في المرتبة الثانية من حيث الاستجابة للعلاج على هذا الترتيب. والأمل في الشفاء يكون أقل بالطبع إذا بدأت حالة الصرع في الطفولة مما لو كانت النوبات قد بدأت في حالة الرشد كما ذكرنا.

ولأن مرض الصرع مرض مزمن فإن الأطباء الذين يعالجونه يجدون أنفسهم أمام مهمة علاجية معقدة نظرا لأن الصرع حالة مزمنة تتطلب الإدارة الطويلة الأمد للعلاج. وتختلف القضايا الطويلة الأمد بصورة كبيرة ما بين الأشخاص المصابين بالصرع. وعادة ما يتم البدء بتلقي العلاج الذي يتحكم نسبيا في نوبات الصرع بمجرد الانتهاء من عملية تشخيص الاضطراب العصبي هذا.

وتكون الإدارة العلاجية طويلة الأمد بالنسبة للعديد من مرضى الصرع من مراقبة الآثار الجانبية الضارة المرتبطة بالأدوية المضادة للتشنجات وتوفير خدمات التأهيل النفسي والمهني والاجتماعي إذا لزم الأمر، وبصورة أساسية اتخاذ القرار Determining بشأن الاستمرار أو التوقف عن تناول الدواء وبالتالي تغييره (French, 1994).

ويبدو أن المسألة مختلفة بالنسبة لبعض المرضى الآخرين ممن تنقص الأدوية (مضادات التشنجات) النوبات الصرعية لديهم بصورة رئيسية، لكنها لا تخلص المرضى من تلك النوبات بصورة تامة. وبالنسبة لهذه الفئة من مرضى الصرع فإن الإدارة العلاجية طويلة الأمد تتكون من تقرير معدلات ونسب الخطورة وموازنة الفائدة التي ستعود على المريض من جراء تغيير الدواء إلى دواء آخر، والتأكيد من أن كل علاج يستخدم على النحو الذي يوفر للمريض أكبر قدر من الفائدة، وكذلك محاولة التقليل من الآثار الجانبية للعلاجات إلى أقصى حد ممكن.

وأخيرا توجد مجموعة من مرضى الصرع ممن لا يستجيبون مطلقا لأي نوع من العلاج. وغالبا ما يكون اتخاذ قرار بشأن أسباب هذا الفشل هو الأمر الهام. فهل يعود ذلك إلى فشل العلاج فعلا أم أن هناك سببا آخر. ويعتبر توضيح هذه الأسباب هي المهمة الأولى في حالة هؤلاء الصرعيين؛ لأنه بناء على هذا التوضيح سيتحدد نوعية التعامل والإدارة العلاجية طويلة الأمد مع هذا النوع من المرضى.

وقد تتضمن الشروح والتفسيرات في حالة الصرعيين غير المستجيبين للعلاج خطأ تشخيص الاضطراب أو عدم التزام المريض بالبرنامج العلاجي أو وجود نوبات غير صرعية (نفسية المنشأ). وإذا كان الفشل في العلاج يعود لصعوبة تطويق النوبات والسيطرة عليها فإن الإدارة العلاجية طويلة الأمد لهؤلاء المرضى -الذين يعتبرون أصعب المرضى- تتألف من منهج عقلاني لاختيار برنامج دوائي متعاقب.

وإذا فشلت الأدوية التقليدية فالخطوة التالية تكون بحث إمكانية استخدام بدائل علاجية أخرى أو تدخلات جراحية مثلما رأينا في المشروع الأمريكي. ويحتاج هؤلاء المرضى أيضا إلى برامج دعم وتأهيل نفسي وانفعالي ومهني أساسية. وعلى عكس ظاهر الأمر فإنه من سوء الحظ أن العديد من هؤلاء المرضى يعني بهم ويراجعون الكثير من الأطباء المختلفين خلال فترة علاجهم، مما يعرض

المريض لكثير من النتائج التي يصعب التحكم فيها من قبل الطبيب الأخير أو الأطباء العديدين الذين قد يعملون مع الحالة في نفس الوقت (French, 1994).

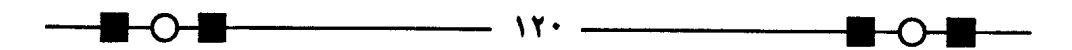
وأي برنامج تأهيل ناجح لعلاج الصرعيين وتأهيلهم لا ينبغي أن يتجاهل أسرة المريض الصرعي فلابد من تشجيع أسر مرضى الصرع على أن يوفروا للمريض نمط حياة نشط سوي، وذلك أن الصرع -كما يقول سوين- ليس مرضا يؤدي إلى العجز كما يبدو في ظاهر الأمر، على الرغم من الأعراض قد تثير الخوف والانزعاج. والأطفال المصابون به يستطيعون أن يتعلموا بدون صعوبة إلا إذا كانوا بالطبع مصابين بأمراض أخرى، أو يعانون من عاهات أخرى غير الصرع. (سوين، ١٩٧٩، ٦٠٦).

ومريض الصرع من الكبار يمكن أن يكون مفيدا من الناحية الاجتماعية إن أمكن السيطرة على نوبات الصرع عنده. فتراه يستطيع أن يحتفظ بوظيفته في ظروف العمل العادية السوية، بل وقد يستطيع الحصول على رخصة قيادة السيارة (كما يحدث في بعض الولايات الأمريكية كولاية أوهايو Ohio).

كما أن الوراثة لا تظهر بصورة واضحة وقاطعة إلا في حوالي ٥٪ من الحالات. ولو أن مصابا بالصرع تزوج من شخص آخر غير مصاب بالصرع لكان احتمال أن يصاب طفلهما بالصرع واحد من خمسين أو بنسبة ٢٪. ومع ذلك يرى الثقات من المختصين بالموضوع أن مرض الصرع نفسه لا ينبغي أن يكون وحده السبب في أن يشار على المرء بعدم الإنجاب.

وأخيرا فإن الصرع يعد اضطرابا عصبيا وحالة تؤثر على جميع الجوانب المتعلقة بحياة المريض بما في ذلك قضايا الصحة النفسية والعلاقات الشخصية والعمل والأداء الاجتماعي. ويعد جزءا رئيسيا من عمل الفريق المعالج أن يوفر للمريض رعاية تأهيلية طويلة الأمد لجعل الخدمات التي تتناول هذه القضايا متوفرة للمريض. وتوفر المؤسسات الصحية في كثير من الأقطار بعضا من هذه الخدمات للصرعيين خاصة المراكز المتخصصة في علاج وتأهيل الصرعيين.

وتبدو الخدمات النفسية أو الإرشاد النفسي أيضا في غاية الأهمية من أجل تناول العديد من المشكلات النفسية السابق الإشارة إليها، وخاصة الاكتئاب Robertson, 1988 ولإعادة توظيف طاقات المريض وإمكانياته.



مراجع الفصل الثالث

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- سويز (ريتشارد) ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة: علم الأمراض النفسية والعقلية. دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٧.

٣- لويس كامل مليكة: الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية، القاهرة، ١٩٩٨.

4. Arntson, P.Droge, D., Norton, R. and Murray, E. (1986): The perceived psychosocial consequeances of having epilepsy. Ins. Whitman, and B.P. Hermann (Eds.), Psychopathology in epilepsy: Social dimensions (pp. 143-161), New York: Oxford University Press.

5. Cavazos, J.E. and Lam, F. (2004): Seizures and epilepsy: overview and classification. Medicine Retrieved on March, 22, 2005 from: http://www.emedicine.com/neuro/topic415htm.

6. Christopher, F. and Westermeyer, R. (2003): Seizures in children eMedicine, Retrived on March, 25, 2005 from: http://www.emedicinehealth.com/fulltext/10145.htm.

7. Clemmons, D. (1997): Epilepsy rehabilitation. University of Washington. D.C. Retrieved on March, 22, 2005, From: http://wata.org/medaspects/reading5-1htm.

8. French, J. (1994): The Long-Term Therapeutic Management of Epilepsy Annuals of Internal Medicine, 120-411-422, Retrieved on March 23, 2005. From: www.annals.org/cgi/content/full/ro/5/411.



9. Kenneth, J.M. (2004): First seizure: Pediatric prespective, eMedicine, Retrieved on March, 22, 2005, From: http://www.emedicine.com/reuro/topic527.htm.

10. Long, P.M., Glueckauf, R.L. and Rasmussen, J.L. (1998): Developing family conseling interventions for adults with episodic neurological disabilities, Presenting problems, persons involved, and problem severty. Rehabilitation Psychology. 43, 101-117.

11. Nair, D.R. (2003): Epilepsy. The cleveland clinic. Retrieved on March, 20, 2005. From:http://acessibleninds.nih.gov/disorders/epilepsy/detail.epilepsy.htm.

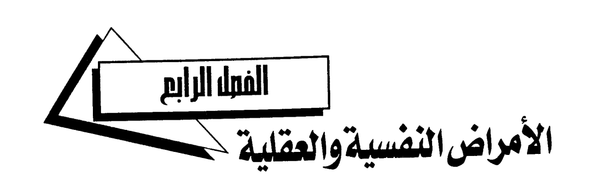
12. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINS). (2004): Seizures and Epilepsy: Hope Through Research. Retrieved on March, 22, 2005. From: http://acessible.ninds.nih.gov/disorders/epilepsy/detail.epilepsy.htm.

13. Posner, E. and Lorenzo, N. (2004): Post traumatic epilepsy, eMedicine. Retrieved on March, 22, 2005. From: www.emedicine.com/neuro/topic.318.htm.

14. Robertson, M.M. (1988): Depression in patients with epilepsy reconsidered. In T.A. Pedley and B.S. Meldum, (Eds.). Recent Advances in Epilepsy, 3rd ed. (pp. 63-92), Edinburgh, U.K.: Churchill Livingstone.

15. Wilson, J.F. (2004): Searching for Epilepsy Solutions, Current Clinical Issues. Ann intern Med. 141, 329-332, Retrieved on March, 25, 2005. From: www.annals.org.cgi/content/full/138/10/857.





- كيف تنشأ الأمراض النفسية والعقلية.
- تصنيف الأمراض النفسية والعقلية
- أشهر الأمراض النفسية
- أنواع العلاج النفسي
- العلاج النفسي الأسري
- تأهيل المرضى النفسيين والعقليين.

■ ○ ■ ○ ■

الفصل الرابع

الأمراض النفسية والعقلية

القسم الأول
كيف تنشأ الأمراض النفسية والعقلية

مقدمة:

تنشأ الحيل الدفاعية حتى تخفف من حدة شعور الفرد بالمشاعر السلبية، ولتحمي الشخصية من الأخطار الخارجية والداخلية، ولكي تبقى درجة التوتر عند الحد المحتمل. وعندما تنجح الميكانزمات أو الحيل الدفاعية في وظيفتها هذه فإنها تحفظ للشخصية تماسكها وتجنب الفرد مشاعر الكدر الشديدة وتجعله يعيش حياة أقرب إلى حياة السواء.

ولكن الإسراف في استخدام الحيل الدفاعية يدل على كثرة الصعوبات التي تعترض سبيل توافق الفرد. هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يدل هذا الإسراف في حد ذاته على نقص الصحة النفسية لأنه مؤشر وعلامة على عدم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والمصاعب وعلى إيجاد حلول مناسبة لها.

وكثرة استخدام الحيل الدفاعية يفقدها فاعليتها ويجعلها قليلة القيمة في حماية الشخصية، لأن الحيل الدفاعية ليست حلولا إنشائية إيجابية، بل هي حلول هروبية أو استعطافية أو عدوانية أو إنكارية تجاهلية، أي أنها ليست حلولا كفئة وتنحصر قيمتها في تخفيض درجة القلق والتوتر التي يشعر بها الفرد.

وإذا كانت الحيل الدفاعية تفيد الشخصية بتخفيض درجة القلق، فإنها لا تغير في الواقع المحيط بالشخصية تغيرا إيجابيا. ومن هنا فهي ليست استجابات توافقية صحية، أي أنها أقرب إلى المسكنات التي يتناولها المريض لتخفف من شعوره بالألم، ولكنها ليست العلاج الناجح لأوجاعه. ولا يمكن للفرد السوي أن يعتمد كثيرا على هذه الميكانزمات، لأنها سرعان ما تفشل في إشباع حاجاته ولو بالطرق غير المباشرة، وبالتالي لا تصلح كوسيلة أصيلة ومضمونة لتخفيض الشعور بالقلق. هذا علاوة على زيادة التناقض الذي يحدث بين الفرد والبيئة، أو بين الشخصية كتنظيم سيكولوجي وبين الواقع المحيط بها، والذي نعبر عنه بزيادة سوء التوافق. وهنا تكون الميكانزمات قد فشلت في القيام بوظيفتها.

وعدم فاعلية الحيل الدفاعية بالدرجة الكافية يسلم الفرد الكثير من المشكلات السلوكية والنفسية. ولكن فشل الحيل الدفاعية في القيام بوظيفتها بشكل كامل يعني أن تصبح الشخصية بلا أجهزة وقاية بعد انهيار كل الخطوط الدفاعية. وهذا لا يعني سوى زيادة مظاهر عدم التوافق الداخلي (الشخصي) والخارجي (الاجتماعي)، وتظهر الأعراض المرضية، وهي الأساليب السلوكية غير المناسبة وغير الواقعية وغير الخلقية، وهي عادة ما تتجمع معا في شكل زملات Syndromes وهي التي يعطيها العلماء والمعالجون أسماءً، وتعرف بيننا بالأمراض النفسية.

أولا- كيف تنشأ الأمراض النفسية في نظريات التحليل النفسي:

أ/ نظرية التحليل النفسي الأرثوذكسية (فرويد):

إن المرض النفسي أو العصاب عند أصحاب نظرية التحليل النفسي هو أن يجد المرء نفسه لا يستطيع أن يواجه مطالب الحياة المحيطة به فضلا عن مطالبه هو شخصيا بالأساليب العادية المعقولة. ويجد نفسه يستبدل بها أساليب لا معقولة ولا مقبولة ويصعب التحكم فيها. ويشعر المريض بالمرض النفسي في صورة أشياء غريبة تحدث له. وقد تكون هذه الأشياء تغيرا في الوظائف البدنية كما هي في الهستيريا، أو قد تكون حالة انفعالية أو مزاجية غامرة وليس لها ما يبررها كما في نوبات القلق والاكتئاب. وقد تكون اندفاعات أو أفكار غريبة كما في القهر والوساوس (فينخل جـ١، ١٩٦٩ ص٦٠). والخاصية المشتركة في جميع الظواهر العصابية هي قصور جهاز الضبط العادي، أما في الذهان فإن جهاز الضبط يفقد قدرته تماما على العمل، فما الذي يحدث ويؤثر على جهاز الضبط في أدائه لوظائفه؟

إن تفسير التحليليين الأرثوذكسيين (أو الأصليين) للعصاب والذهان يرتكز على ثلاثة محاور رئيسية مرتبطة، وهي التثبيت والنكوص والقابلية للصراع أو الاستعداد للعصاب.

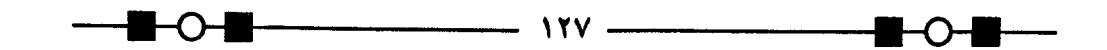
والطفل يمر منذ ولادته بتطور «نفسي- جنسي الطابع» ينتقل فيه من مرحلة إلى أخرى. والمفروض أن الطفل يستمد إشباعه الجنسي في كل مرحلة من مراحل نموه من خلال عضو من أعضاء جسمه. فإذا سار النمو في طريقه الطبيعي فإن

الطفل ينتـقل من مرحلة إلى التي تليـها، وبذلك يتـحول حصـوله على اللذة من عضو إلى آخر كما تتغير علاقـته بالآخرين حسب طبيعة كل مرحلة إلى أن يكتمل النمو، ولكنه يحدث في بعض الحالات أن النمو لا يسـير في طريقه الطبيعي، بل تحدث بعض الأمـور التي تعطل مسيرته. وعندمـا يتعطل النمو عند مرحلة مـعينة يقال أنه حدث «تـثبيت» Fixation في هذه المرحلة. وبعد حدوث التـثبيت يمضي النمو إلى المرحلة التالية، ولكن بعد أن يكون جـزءا كبيرا من الطاقة قد تخلف في المرحلة السابقة التي حدث عندها التثبيت.

فما هي العـوامل التي تسبب حدوث التـثبيت؟ إن التحليليين لا يستـبعدون وجود عوامل ذات طبيعة جبلِّية تساعد على حدوث التثبيت في مراحل بعينها، بل إنهم يفترضـونها، ولكنهم يرون أن معرفتنا بهـا لازالت قليلة. ويقرون أن عوامل ضعيفة ذات طبيعة تربوية اجتماعية تعين على حدوث التثبيتات منها:

- الإشـباع المسـرف في مرحلة مـعينـة، والذي لا يجعل الطفل يتـرك هذا المستوى من النمو بصعوبة.
- الإحباط الشديد في مرحلة معـينة، والذي يجعل الطفل يجد صعوبة في تخطي هذا المستوى إلى المستوى التالي طلبا للإشباع الذي كان ينتظره في هذه المرحلة.
- قد يتسبب الإشباع المسـرف مع الإحباط الشديد -وفي تناوب بينهما- في إحداث التثـبيت، لأن الطفل في ظل الإشباع المسـرف يكون عاجزا عن مواجهة أقل الإحباطات مما يكون ميسورا على الآخرين مواجهته. وكثيرا مـا يكون التناوب بين الإشـباع المسـرف والإحـباط الشـديد هو العـامل الحاسم وراء التثبيت (فرويد، ١٩٥٢، ٤٠٠).

وبعد التثبـيت تأتي عملية النكوص Regression. فعندما يكون الفرد مـثبتا على مرحلة معـينة فإنه يشعر بالإحـباط عندما يواجه صعـوبات العالم الخارجي، والإحباط الذي يكتنف هذه الصـعوبات يدفع الفرد إلى أن ينكص إلى المرحلة التي تمثل «فردوسه المفقـود» والذي سبق أن نعم فيه بالمتعة فـي حالة الإشباع الزائد، أو تمثل النقطة التي توقف عندها العطاء الـعاطفي الذي كان يتلقـاه. وعودته إلى هذه المرحلة تعني أنه يريد أن يواصل استمتاعه بالإشباع الزائد أو أنه يريد استئناف تلقي العاطفة.



وهكذا يرتبط النكوص ارتباطا وثيقا بالتثبيت، كما يرتبط التثبيت بالإحباط، فالنكوص يصل إلى المرحلة التي حدث فيها التثبيت. ويمكن أن نقول أنه لا نكوص بلا تثبيت. ويشبه «فرويد» مسيرة النمو عندما تتعرض للتثبيت ثم للنكوص بقافلة تخلف منها في الطريق نفر كثيرون، واستقروا في مراكز معينة منه، على حين مضى الباقون واصطدموا في سيرهم بعدو لا قبل لهم به أو انهزموا أمامه. فمن الطبيعي أن يولوا الأدبار ليعتصموا بتلك المراكز. وكلما كثر عدد المتخلفين زاد الاحتمال في هزيمة المتقدمين (فرويد، ١٩٥٢، ٣٩٨).

والمحور الثالث في نشأة الأمراض النفسية والعقلية عند «فرويد» هو الصراع العصابي الذي ينشأ داخل الفرد بين «الهي» التي تمثل الغرائز الفطرية وبين «الأنا» الذي يتكون من احتكاك الطفل مع العالم الخارجي. وقد تزداد الصورة تعقيدا إذا ما انضم «الأنا الأعلى» بعد تكوينه إلى أحد طرفي الصراع. فقد ينضم «الأنا الأعلى» إلى جانب الأنا ضد «الهي» كما يحدث في بعض الأمراض، وقد ينضم «الأنا الأعلى» إلى «الهي» ضد الأنا كما يحدث في أمراض أخرى. ويتوقف أمر الصحة النفسية للفرد على «قوة الأنا» وعلى قدرته على أداء وظيفته، وهي إحداث التوازن بين «الهي» من ناحية و«الأنا الأعلى» من ناحية أخرى.

وحينما يكون «الأنا قويا» فإنه يستطيع أن يحدث التوازن بين «الهي» و«الأنا الأعلى». ولكن الأنا لا يستطيع ذلك دائما، لأنه لا يكون في جميع الحالات في وضع يمكنه من أن يقوم بهذه المهمة. فقد تكون الحفزات الجنسية. وهي قوام «الهي» عنيفة بفعل عوامل جبلية، أو لأنها تعرضه لإثارة عنيفة مبكرة، أو لأنها كبتت بشدة فيا سبق. وقد يكون «الأنا الأعلى عنيفا وصارما بفعل التنشئة المتزمتة.

وهذه العوامل السابقة لا تقوي فقط «الهي» و« الأنا الأعلى» ولكنها أيضا تضعف بناء «الأنا» كجهاز ضبط وتحكم. وفي الحالات السابقة يكون احتمال نجاح الأنا في القيام بمهمته احتمالا ضئيلا لضعف سيطرته على القوى المتصارعة في الشخصية. وعندما يشتد الصراع ويصل إلى درجة معينة يعيشه الفرد في شعوره قلقا دائما يجعله هذا القلق الدائم مهيأ للوقوع في العصاب، خاصة إذا قابلته ظروف خارجية محبطة. وهو ما يسميه علماء التحليل النفسي «بالعصاب الطفلي». ويكون هذا العصاب الطفلي هو الأساس الذي يتكون عليه العصاب الفعلي. فالعصاب الفعلي لا يظهر إلا على أرضية من العصاب الطفلي.

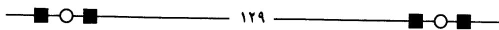
والأمـر في الذهان (المرض العـقلي) لا يختلف عـنه في العصـاب (المرض النفسي). فـقد أشار «فرويد» إلى أن الفـارق الأساسي بين النوعين من الاضطراب هو في كيفية مواجهة الصراع. فكلاهما أساسه صراع بين دافع غريزي (الهي) وبين الخوف من الـعقاب المرتـبط بإشباع الـدافع، وهو الخوف الذي يسـتشـعره «الأنا» فالعـصابي يكبت الغريزة مذعنا للـعالم الخارجي الذي يهدده، أمـا الذهاني فينكر العالم الخارجي أو يزيفه مذعنا لغريزته. ويوضح «فينخل» أن الذهانيين في تزييفهم للواقع لا يفعلون ذلك دائما لمجرد تحقيق رغبتهم. فكثيرا ما يفعلون ذلك هربا من غواية غريزية، أو حماية لأنفسهم ضد غـرائزهم، شأنهم تماما شأن العصابيين غير أنهم يستخدمون ميكانزمات أخـرى، وينكصون إلى مستويات أعمق» (فينخل جـ١ ١٩٦٩ ص٤٣).

ب/ المنشقون على فرويد:

ب/١ كارل يونج: Carl Yung

كان يونج من أشد علماء النفس الذين يؤمنون بالتـأثير الاجتماعي والأسري على الأبناء، وقد أعلن يونج آراءه هذه عندما بدأ الخـلاف بينه وبين «فرويد» يأخذ شكلاً علنيا. وذلك عندما دعـيا معا؛ فرويد ويونج -لإلقـاء بعض المحاضرات في الولايات المتحـدة الأمريكيـة عام ١٩٠٩. قال يونج في إحـدى محـاضراته والتي ألقاها عن الطفولة «إن المؤثر الهام في سلوك الطفل ليست المواعظ وإنما حالة الطفل العاطفـية التي يجهلهـا الآباء عادة. وحالة الطفل العـاطفية توجد بسـبب الخلاف المسـتور بين الآباء ،والقـلق الذي يشعـر به الوالد في سـره، والرغـبات المكبـوتة الخفيـة. يستطرد قائلا «ويطبع الأب والأم عقل الولد بطابع شـخصيتهـما إلى حد بعيد. وكلما كان الوالد شديد الحساسية وقابلا للتكيف كان الأثر أعمق».

وهكذا فـحتى الأشـياء التـي لا يتحـدث عنها الوالـدان ينعكس أثرها على الطفل. ويظل تأثيـر الوالدين مسـتمـرا على الطفل حتى سن المراهـقة. وفي دور المراهقة عندما يبدأ الولد بتحرير ذاته من سحر العائلة يدخل الحياة بنوع من التكيف الذي يتـمشى كليـا مع تكيف الأب والأم (عن مـلاهي، ١٩٦٢، ١٥٦). وهكذا يركز «يونج» من البداية على أهمية التـفاعل بين الطفل ووالديه أكثر مما يؤكد على نمو الغرائز الجنسية كما فعل «فرويد».



وقد عاب «أدلر» على «فرويد» -كما فعل يونج- أنه غالى في تقدير العامل الجنسي ورأى أن الشعور بالنقص والقصور هو الدافع الأساسي عند الإنسان. ورأى أن كفاح الإنسان في سبيل تعويض هذا النقص هو العامل الأكثر أهمية في تشكيل سلوكه. ولذلك فهو يقدم تفسيرا تربويا اجتماعيا لعقدة أوديب. ويسهب في الحديث عن الطفل المدلل.

ويرى «أدلر» أن الطفل يكن لكلا الوالدين حبا مساويا، وأن ميل الطفل لأمه ليس بسبب تطور محتوم لطاقة فطرية -كما قال فرويد- وإنما يرجع سببه إلى تدليل الأم للطفل وإلى القسوة من جانب الأب. وخاصة إذا تدخل ومنع الأم من تدليل الطفل. فإذا ما غيَّر الأب من معاملته للطفل ومال إلى إثابته فإن هذا الأخير يغيِّر من شعوره نحو أبيه ويبدأ في التعلق به.

ويرى «أدلر» كذلك أن للأم دورا كبيرا في تربية الطفل وتنشئته فهي الأساس في نجاح الطفل في إقامة علاقات سليمة مع الآخرين أو فشله في ذلك. وتأخذ عملية التنشئة مكانا كبيرا في سيكلوجية «أدلر». وهو الذي أنشأ العيادات النفسية للأطفال، واهتم بضرورة توفير الجو المناسب الذي ينشأ فيه الطفل. وقد ذكر «أدلر» مختلف أنواع التربية الخاطئة التي قد يمارسها الوالدان مع أبنائهما من السيطرة إلى الإسراف في العطف، إلى "الطموح الزائد من الآباء، وانعكاسه على معاملتهم للأبناء. وكذلك التباين بين الوالدين في طريقة التربية.

ويبين «أدلر» أثر كل نوع من هذه التربية على شخصية الفرد فيما بعد. ويرى أن هذه الأنواع من التربية ما هي إلا صنوف من التربية الخاطئة التي لا ينتج عنها إلا شخصيات مضطربة تبعد بالمرء من الحياة السوية المستقيمة. كما أن «أدلر» وأصحابه من أتباع السيكلوجية الفردية يؤكدون على تنشئة الآباء أنفسهم، لأن تكوين الوالد السيكلوجي إن هو إلا مقدمة نستطيع أن نتعرف منها على المؤثرات التي سوف تعمل على تنشئة الطفل (رمزي، ١٩٥٢، ١٦٦).

ج / الفرويديون الجدد:

ج/ ١ كارين هورني:

لا تعتبر هورنى K. Horney نفسها صاحبة مدرسة أو صاحبة منهج جديد، وإنما هي ترى أن أفكارها تندرج ضمن إطار علم النفس الفرويدي، وإن كانت ترى أن الفرويدية حادت عن الصواب في بعض الجوانب. فهي تعترض بصفة عامة على الاتجاه البيولوجي (الحيوي) الميكانيكي عند فرويد. وحجر الأساس في نظرية الشخصية عند «هورنى» هو ما تسميه «القلق الأساسي» (Basic Anxiety).

ولا تلجأ هورنى لتفسير هذا القلق إلى نظريات من قبيل الغرائز أو الدوافع الفطرية. وإنما القلق ينشأ عند الطفل عندما لا يحصل من والديه على كفايته من الحب والحنان والرعاية والأمن. فالطفل القلق هو الذي ينعدم أو ينقص لديه الشعور بالأمن، ومن ثم يلجأ إلى العدوان انتقاما لنفسه، وردا على من رفضوه، وقد يصبح متسما خنوعا مستجديا للحب الذي افتقده وقد يهدد وقد ينعزل في محاولة لإقناع الآخرين بتغيير معاملتهم له. وقد يكون لنفسه صورة مثالية إذا ما فشلت الأساليب السابقة. هذه الصورة المثالية تعلو على الواقع الذي لا يستطيع تحمله. وهذه الصورة الزائفة تعوضه عما يشعر به من هوان ونقص وقصور.

وعندما تحقق بعض هذه الأساليب أهداف الطفل فإنها تميل إلى تثبيت وتصبح سمة من سمات الشخصية أو حاجة من الحاجات الزائفة للسلوك. وتذكر «هورنى» عشرة من هذه الحاجات العصابية، مثل الحاجة العصابية إلى الحب وإلى القوة وإلى المكانة وإلى الإعجاب الشخصي وإلى الكمال، وإلى الاكتفاء. هذه الحاجات هي مصادر الصراع في الشخصية. وقد صنفت «هورنى» هذه الحاجات فيما بعد إلى ثلاث مجموعات:

- الحاجات التي تهدف إلى التحرك نحو الناس كالحاجة إلى الحب.
- الحاجات التي تهدف إلى التحرك بعيدا عن الناس كالحاجة إلى الاستقلال.
- الحاجات التي تهدف إلى التحرك ضد الناس كالحاجة إلى القوة.



والمشكلة الأساسية هي توافر القدرة على إحداث التوازن أو التكامل بين هذه المجموعات من الحاجات، وهو ما يستطيعه بسهولة الشخص السوي، وهو يفعل ذلك عندما لا يسمح لأحد هذه الاتجاهات أن يتغلب على الاتجاهين الآخرين لتطبع الشخصية بطابعها. أما الشخص غير السوي فإن قلقه الأساسي يدفعه للسير في أحد السبل الثلاثة متجاهلا السبيلين الآخرين. فإن تغلبت المجموعة الأولى على المجموعتين الأخيرتين تسيدت الحاجة إلى الخضوع، وإذا تغلبت المجموعة الثانية تسيدت الحاجة إلى العزلة، أما إذا تغلبت المجموعة الثالثة تسيدت الحاجة إلى العدوان. وإن كان الصراع في نفسه لا يتوقف بين الاتجاهات. وقد يدور الصراع على المستوى الشعوري أو على المستوى اللاشعوري.

هذا الشخص الذي يدور في أعماقه صراع بين الاتجاهات الثلاثة هو الشخص المهيأ للوقوع في العصاب أو في الذهان. فالقلق الأساسي هو الأرضية الخصبة للعصاب، والاتجاهات المتصارعة هي التي تدفع بالفرد إلى الوقوع في المرض إذا ما وصل الصراع إلى درجة معينة دون أن ينجح الفرد في حله. وتحدد «هورنى» سمتين أساسيتين في العصاب هما:

- الجمود والمبالغة في رد الفعل.
- التناقض بين الإمكانيات والمنجزات.

وتوضح «هورنى» في لغة واضحة أن السبب في خلق الصراع، وبالتالي في خلق القلق الحاد الذي يؤدي إلى العصاب هو حرمان الطفل من حب الوالدين وعطفهما، وغالبا ما يكون الوالدان عاجزين عن تقديم الحب والعطف للطفل بسبب عصابهما الخاص. والصيغة الأكثر شيوعا هي أن الطفل عندما يحرم الحب والحنان الكافيين من والديه فإنه يشعر نحوهما بالكراهية. وتعمم هذه الكراهية نحو الأولاد الآخرين وكل المحيطين به. ولما كان الطفل في حاجة إلى مساعدة الوالدين فإنه يكبت شعوره بالكراهية. ويكون الطفل في موقف لا يستطيع فيه أن يعبر عن اتجاهه العدواني إزاء والديه، كما أنه لا يستطيع أن يتخلص من كراهيته لهما. هذا الموقف الذي يملأ نفسه هو الشرط الأساسي لنمو العصاب.

وتتفق «هورنى» مع «أدلر» في تفسير عقدة أوديب تفسيرا تربويا اجتماعيا، فمشاعر الطفل نحو الوالد من الجنس المخالف لا تنشأ لأسباب بيولوجية (حيوية)

وإنما لطبيعة المعاملة الوالدية، ولحالة القلق التي يشعر بها الطفل داخل الأسرة (Horney, K. 1966, 34-47)

ج/٢ إريك فروم:

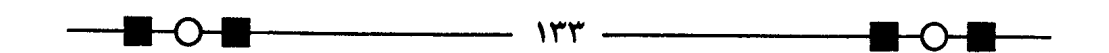
فروم Fromme من علماء النفس الذين أعجبوا بعلم الأنثروبولوجيا الاجتماعية، واستفاد بنتائج بحوثه ودراساته في تفسير الظواهر النفسية. ومن هنا كان اعتراضه على بعض تفسيرات «فرويد» البيولوجية. وكان شأنه شأن «كارين هورنى» يرى أن الإنسان في مسيرة حياته الطويلة في ظل المجتمع يكون حاجات نفسية، ولا يمكن فهم سيكولوجية الفرد إلا بفهم هذه الحاجات. ومن هذه الحاجات حاجة الفرد إلى الانتماء وإلى إثبات هويته الفردية وإلى أن يكون خلاقا. ويرى «فروم» أن على المجتمع أن يعمل على تمكين الفرد من إشباع هذه الحاجات.

ويوافق فروم على كثير من ملاحظات فرويد للظواهر المتعلقة بالتطور الجنسي للفرد ولكنه يختلف معه في التفسير البيولوجي الجامد الذي قدمه لحدوث هذه الظواهر. ويعتمد فروم في هذا الاختلاف على نتائج البحوث الأنثروبولوجية التي أوضحت أن هذا التطور في كثير من المجتمعات البدائية لا يسير على النحو الذي وصفه «فرويد». وينتهي فروم إلى القول بأن القوى الاجتماعية هي التي تقف وراء الكثير من الظواهر التي تظن أنها بيولوجية.

ويعتبر فروم أن الأسرة -ومن ورائها المجتمع- مسئولة عن التنشئة السليمة للفرد، والصحة النفسية للفرد رهن بتوفير معاملة متوازنة مشبعة بالحب والاحترام والحنان في الأسرة. أما إذا تعرض الطفل لأساليب خاطئة أو مغالية في التربية. فإن الطفل يشعر بالوحدة والعجز والاغتراب. ولكي يواجه الطفل هذه المشاعر فإنه يتجه إلى المسايرة الآلية للمجتمع متنازلا عن فرديته. وقد ينزع إلى التدمير والهدم. وقد يتشبث بالسلوك التسلطي بجانبيه السادي والماسوشي (كفافي، ١٩٧١، ١٩-٢٣).

ج/٣ هاري ستاك سوليفان:

سوليفان Sullivan, H.S. صاحب نظرية العلاقات الشخصية البينية Interpersonal Relationships. وهو ينتمي إلى المحللين النفسيين الذين يعطون وزنا كبيرا للعوامل الثقافية والحضارية على حساب الجوانب البيولوجية. فالوراثة والنضج



لديه تقدمـان الأساس البيولوجي لنـمو الشخصـية أي الاستعـدادات الأولية، ولكن العوامل الثقـافية التي تحيط بالفرد على شكل نظام من الـعلاقات الشخصيـة البينية، فهي التي تسمح لهـذه الاستعدادات بالظهور، وبالتالي فـإن هذا النظام من العلاقات مسئول إلى حد كبير عن صياغة شخصية الفرد وعن أسلوبه في إشباع حاجاته.

ويمثل الحصر مفهـوما أساسيا في نظرية «سوليفان» والحـصر ينشأ عن تفاعل الطفل مع المحيطين به، وخاصـة مع أمه، ويلجأ الطفل إلى أساليب مـختلفة لدرء هذا الخطر أو للتقليل منه أهمهـا الامتثال لرغبات الوالدين. وبصـدور الاستجابات عن الطفل يتشكل مـا يسميه «سولـيفان» (نظام الذات) والذي يصبح مـسئولا عن التمـييـز بين أساليب السلوك المرغـوبة وأساليب السلوك غـير المرغوبـة من جانب الكبار.

كما يكوِّن الطفل أيضا مجموعة من الانطبـاعات والمشاعر والمفهومات حول الموضوعات تسمى «التـشخصات» (Personifications) فهو يكون تشخـصا لنفسه ولأمه ولأبيه وللمـحيطين حسب الخبرات التي يخبـرها في علاقاته مع كل منهم، «فهو يكـون تشخصا للأم الطيـبة عندما ترعاه وتهـتم بإشباع حاجاته، كـما يكون تشخصا للأم الشريرة إذا أهملت حاجاته» (هول. لندزي، ١٩٦٩، ١٨٢-١٩٨).

والأم القلقة تنقل قلقـها إلى طفلها الذي يعمم هذا القلق عـلى الموضوعات المرتبطة بالأم أيضـا. فحلمـة ثدي الأم محـبـوبة عندما تكون رهن إشـارة الطفل لإشباع حاجاته، وهي غير محبوبة إذا كانت بعيدة عنه ولا تشبع رغباته.

ويؤمن «سوليـفان» بأن الشخصـية تنظيم مرن إلى حـد كبير، وبالتـالي فإن الفرد يمكن أن يتغير إذا أتيح لـه مجموعة من العلاقات الشخصـية البينية الجديدة. ويرى «سوليفان» أن الفرد إذا صادف فشلا كبيرا ولم يتحمل القلق الناتج عن ذلك فإنه ينكص ويسلك سلوكا يناسب عمرا أقل من عمره.

ثانيا: كيف تنشأ الأمراض النفسية في النظريات السلوكية:

السلوكية شأنها شأن التحليل النفسي تمثل اتجاها عاما يحوي داخله مجموعة من المدارس والاتجاهات نشأت مع التطور العلمي، ومع الممارسة العملية في ميدان العلاج النفسي. وأبرز الاتجاهات في النظرية السلوكية هي:

- بحوث «دولارد» و«ميللر» Dollard & Miller وهما من تلاميذ «هل» Hull. وقد زاوجا بين منهج السلوكية الدقيق وثراء الفروض النظرية في التحليل النفسي.

- اتجاه «إيزنك» و«رخمان» Eysenck, Rachman اللذان يعترضان على نظرية التحليل النفسي منهجا للدراسة أو أسلوبا للعلاج. وانتهى إيزنك إلى وضع نظرية خاصة به في الشخصية.

- توجه «معدلو السلوك» Behavior Modifiers وهي آخر اتجاهات المدرسة السلوكية وعلى رأسهم «فولبه» (Wolpe). وقد تأثروا كثيرا بالممارسات العملية في ميدان العلاج. أما آراؤهم النظرية فهي لا تختلف عن آراء «دولارد» و«ميللر».

ولا يهمنا هنا -في هذا الحيز الضيق- عرض الآراء النظرية ونتائج بحوث هذه الاتجاهات بقدر ما يهمنا توضيح أن الباحثين السلوكيين على اختلاف مشاربهم واتجاهاتهم يتفقون في أن العصاب سلوك متعلم، أي مكتسب من التفاعل مع البيئة.

فالإنسان عند السلوكيين لا يولد ولديه استعدادات معينة. وإنما يولد مزودا باستعدادات عامة. ويرى «دولارد» و«ميللر» أن هذه الاستعدادات تمثل المادة الخام لشخصية الفرد، وتتشكل حسب المثيرات التي يتعرض لها الفرد في بيئته. فجميع ألوان السلوك مكتسبة -حسب قواعد التعلم- ويتعلمها الفرد من والديه أولا ثم من المدرسة وبقية الأوساط التربوية الأخرى التي يتعامل معها. ومن نتائج تشكيل الاستعدادات العامة تتكون التنظيمات السلوكية. وقد ينشأ الصراع بين هذه التنظيمات، ولكنه ليس كالصراع المحتوم الذي لابد وأن يخوضه الفرد بين غرائزه الفطرية وبين المجتمع، والذي قد يكبت ويصير لا شعوريا كما يعتقد فرويد.

وما يعرض الطفل للصراع هو أنه قليل الحيلة لابد وأن يعتمد اعتمادا كبيرا على الوالدين، وأن يخضع لاتجاهاتهما ويتأثر بأساليبهما في التربية، ولذا تنشأ الصراعات في نفس الطفل من حيث إنه يسعى لإشباع رغباته الأولية.. وقد يتعرض في ذلك للعقبات من جانب والديه. ويقول «إيزنك» وبالمثل فسيتضح أن



التشريط البافلوني مسئول أيضا عما يسمى أحيانا بعملية التنشئة الاجتماعية، أي العملية التي يملى بها المجتمع على الصغار والمراهقين نمطا سلوكيا يجد أنه ضروري للاستمرار في الحياة. ويشمل هذا النمط بالطبع أنواعا مختلفة من السلوك تتراوح في المراحل الأولى جدا من تعلم ضرورة التبول والتبرز في الوعاء المخصص لذلك بدلا من الملابس أو السرير إلى أن تصل إلى مفاهيم أكثر أهمية. عن السلوك المعنوي والأخلاقي والامتثال لأحكام القانون وعدم إظهار الميول العدوانية والجنسية بطريقة علنية فاقعة وما شابه ذلك (إيزنك، ١٩٦٨، ٨٦).

ويختلف «فولبه» عن «ايزنك» وعن كل من «دولارد» و«ميللر» بعض الاختلاف في النظرية الخاصة بنشأة العصاب والذهان. ولكنه اختلاف لا يمس الأساس العام الذي يتفق عليه كل علماء السلوكية باعتبارهم من مشايعي نظرية التعلم.

ثالثا - كيف تنشأ الأمراض النفسية في نظرية الذات:

وصاحب نظرية الذات هو كارل روجرز Carl Rogers الذي نقل الفلسفة الفينومنولوجية إلى علم النفس، ووضع نظريته في الشخصية وفي نشأة الأمراض النفسية من وحي هذه الفلسفة، وصاغ طريقة في العلاج النفسي بناء على هذه النظرية التي ذاع صيتها، وهي طريقة العلاج غير الموجه أو العلاج المتمركز حول العميل. وتمثل نظرية روجرز الأساس في اتجاه علم النفس الإنساني الذي يتبلور من الاتجاهات الفينومنولوجية والوجودية ليمثل تيارا رئيسا في علم النفس بجانب تياري التحليل النفسي والسلوكية.

ومفهوم «الذات» هو المفهوم الأساسي والمركزي في نظرية «روجرز» والذات عند «روجرز» هي ذلك الجزء من الكائن الذي يتكون من مجموعة الإدراكات والقيم والأحكام والذي يكون مصدرا للخبرة والسلوك. ومفهوم الذات عند روجرز يقابل إلى حد كبير مفهوم **«الأنا»** عند فرويد.

ويرى روجرز أن الإنسان لديه نزعة نظرية إلى تحقيق الذات Self-Actualization والأحداث عند الفرد لا معنى لها إلا المعنى الذي يدركه منها ويفهمه عنها. فالدافع في حقيقته لا يهم الفرد ولا يؤثر في سلوكه، لأن الفرد

يتعامل مع الواقع كما يدركـه وكما يفهمه، والفرد يقوم بعـملية تقويم لخبراته. هل هي ذات قيمة موجبة أم ذات قيمة سالبة! والخبرة ذات القيمة الموجبة هي الخبرة التي يدركها الفرد باعتبارها متمشـية ومنسجمة مع نزعته إلى تحقيق الذات. ويتكون لدى الفرد حاجة إلى التقدير الموجب للذات، وهي أقوى الدوافع في الشخصية، ولكنها ليست الدافع الوحيد، إذ توجد الدوافع العضوية والدوافع اللاشعورية بجانبها.

ولذلك فإن الفرد في استقباله للخـبرات يرحب بالخبرات التي ترضى حاجته إلى التقدير الموجب للذات، ويحرِّف أو يهمل إدراك الخبرات التي لا ترضى حاجته لتقدير الذات. وعندما تتعرض الخـبرات التي يتعرض لها الفرد مع فكرته عن ذاته أو مع دافعه إلى التقـدير الموجب للذات فإنه قد يقع فريسة للصـراع. فالفرد يفهم أي خبـرات لا تتسق مع فكرته عن ذاته أو مـا يسمى بالذات المدرَكـة (بفتح الراء) على أنها تهديد له، مما يتسبب عنه القلق والتوتر، فيلجأ إلى تخفيضهما أو للتغلب عليهما إلى وسائل دفاعية أهمـها تشويه أو تحريف الحقائق التي لا تتسق مع فكرته عن ذاته أو تجاهلهـا كلية. وإذا زاد التعـارض بين الخبرات المدركـة والذات المدرِكة (بكسـر الراء) فـإن الفرد يلجـأ إلى المزيد من الدفـاعـات، فإذا مـا فـشلت هذه الدفاعات أيضا أو اتخذت شكلا جامدا وقع صريع المرض.

القسم الثاني

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية



أولا- العرض النفسي:

عرضنا في القسم الأول في الفصل بإيجاز للتفسيرات النظرية الأساسية لنشأة الأمراض النفسيـة والعقلية (الوظيفية). والمرض النفسي والعقلي هنـا هو مجموعة من الأعراض تتلازم مـعا أو تتوافر بعضها مـع بعض، ولذا يطلق عليها « الزملة» Syndrome وهي مجـموعة الأعـراض التي تظهر معـا. ويمكن أن يستـدل منها المعالج أو الدارس على نوعـية المرض. فعـرض واحد بمفرده ليس له كبـير دلالة، ولكن مـجمـوعة من الأعـراض معـا يمكن أن تفيـد في فهم طبـيعـة الاضطراب وديناميته، ونوع العلاج المطلوب، وكذلك مآله أو درجة احتمالات شفائه.

وقد يكون العرض واضحا، ويمكن ملاحظته مـلاحظة مباشرة وبسهولة مثل أساليب السلوك غير المألوفة أو الشاذة التي تـظهر على بعض الفئات الذهانية مثل الذي يرى أشيـاء لا يراها غيره أو يسمع أصـواتا لا يسمعها سـواه. وقد لا تكون واضـحة أو ظـاهرة بنفس الدرجـة مثل أعـراض الخـوف والتـردد والقلق والشك وغيرها.

والمفترض أن الأعراض هي وسائل المواجـهة في مواقف معينة أو هي حلول لمشكلات خاصة وإن كـانت حلولا فاشلة ووسائل غير ناجـحة. ويرى البعض أن للأعراض مـعنى ودلالة. ولكي نفـهم المرضى فهـما جيـدا علينا أن نفهـم سبب العرض ومعناه أو دلالتـه ووظيفته، وذلك يربط هذا العرض بتـاريخ حياة المريض وبالأحداث الهامة والمؤثرة في حياته. بل إن بعض الباحثين والمعالجين من أصحاب التوجيه التحليلي يعتبرون العرض بمثابة لغة. ويريد المريض من خلال الأعراض أن يرسل للآخرين رسـالـة معينة. ولا ينجح العلاج في هذه الحـال إلا إذا فهمنا هذه الرسالة ووقفنا على طبيعـة الحاجات والدوافع الكامنة وراء الأعراض، والتي كانت الأعراض تعبـيرا عنها أو إشباعـا لها، أو أنها كانت دفـاعا ضد مشاعـر كريهة أو حفزات خطيرة أو تهديدات داخلية أو خـارجية. بل إن فهم الأعراض ودلالتها هو جزء أساسي من عملية التـشخيص الصحيحة التي تفتح البـاب للشفاء أو التحسن الحقيقي.

ثانيا- التشخيص الفارق:

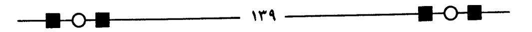
ويفيد فـهم الأعراض في حال التشـخيص الفارق Differential Diagnosis الذي يحاول أن يميز أو يفـرق بين أعراض الأمراض المختلفة؛ لأن هناك قـدرا غير قليل من التداخل بين أعراض الأمراض، كذلك فإن هناك أعراضا معينة تدخل في زملات مختلفة. أي أن أعراضا معـينة نجدها في أكثر من مرض. فالقلق قد يكون زملة أو مرضا قائـما بذاته، كما أنه قد يكون عرضـا من أعراض أمراض أخرى، مثل أعـراض التردد أو الخوف أو الانسـحاب. وعند هذه التوجـهات يكون على الباحـثين أو المعالج أن يفهم مـعنى العرض في إطار حـياة المريض والمؤثرات التي تكتنفها، وأن يدرك جيدا العلاقات بين أعراض الزملة التي تظهر لدى المريض حتى يحدد نوع المرض وهو ما يمدنا أيضا بمزيد من الفهم لمغزى العرض ووظيفته.

وتجرنا مسألة التشخيص الفارق إلى مسألة أخرى من أهم مسائل علم نفس غير العاديين Abnormal Psychology وعلم النفس الكلينيكي Clinical Psychology والطب النفسي Psychiatry معا. وهي مسألة تصنيف الأعراض النفسية في أمراض معينة. وما الأسس التي ينبغي أن يتم عليها هذا التصنيف، وما جدوى التصنيف في فهم المرض وعلاجه، وهو ما سنتعرض له في الفقرات التالية:

ثالثا- قضية تصنيف الأعراض:

إن قضية تصنيف الأعراض النفسية في زملات مرضية أو على هيئة كيانات مرضية على جانب كبير من الأهمية سواء من الناحية النظرية المتعلقة بفهم المرض والاستبصار بعوامل السلوك غير السوي. أو من الناحية التطبيقية العملية والمتمثلة في نجاح العلاج وزيادة احتمالات الشفاء. ويعتبر التصنيف الجيد والدقيق هو الأساس الصحيح الذي يمكن أن تقوم عليه عملية التشخيص؛ لأن التشخيص إضافة إلى ما يتضمنه من فهم للأعراض ومحاولة تفسيرها فإنه ينتهي بإدراج هذه الزملة من الأعراض التي يعاني منها المريض في فئة تصنيفية معينة من فئات الأمراض. ولهذا قيمته في تحديد نوع العلاج، كما تتضح قيمته أيضا في متابعة المريض عند معالج آخر. وإذا وجد الباحثون والمعالجون أنه من المفيد تجميع الأعراض في زملات أو كيانات متبلورة أو متميزة إلى حد ما ويطلق على كل زملة أو كيان اسم معين وهو ما يعرف بالمرض النفسي.

وعملية التصنيف عملية هامة ولها ما يبررها رغم ما يكتنفها من صعوبات، وما يترتب عليها أحيانا من مشكلات. والتصنيف يحدث بالفعل ومن البداية، لأن مجرد الحكم على أساليب سلوكية معينة بأنها شاذة أو غير سوية، والتمييز بينها وبين الأساليب السلوكية السوية يتضمن تصنيفا للسلوك في فئتين فئة سوية وأخرى غير سوية. ولكن هذا التصنيف لا يكفي فالأساليب غير السوية وإن كان يجمع بينها سمة عدم السواء من الجمود وعدم التناسب واللاواقعية وغيرها من سمات السلوك غير السوي، إلا أنها تتميز وتختلف بعضها عن البعض الآخر، ولذا يلزم تصنيفها في فئات أكثر تحديدا. وعلينا أن نجد الأساس التي نتبعه في إحداث هذا التصنيف.



إن تصنيف السلوك الشاذ أو غير العادي خطوة أولية وضرورية لتوضيح العلاقات بين الأعراض، ولتسهيل مناقشة هذا السلوك من جوانبه المختلفة: الأعراض والديناميات والأسباب، ولكن القيام بعملية التصنيف ليس سهلا، لأن خريطة الديناميات النفسية معقدة جدا فالأعراض المتشابهة تكون معلومة لأسباب أو لعوامل مختلفة، كما أن العلة الواحدة تنتج عن أعراض مختلفة عند الأفراد المختلفين، أو في الظروف المختلفة في الفرد الواحد، وتشابه الأعراض في حالتين عند العلماء لا يسمح لنا بإطلاق تسمية واحدة على الحالتين.

ورغم هذه الصعوبات فإن التصنيف أمر مفيد سواء في فهم المرض أو في علاجه، ويجب أن يكون واضحا في الأذهان أن النظم التصنيفية إنما هي اجتهادات أو محاولات يجب أن تراجع دائما في ضوء الممارسات الفعلية والبحوث العلمية حتى تكون أقرب ما يمكن إلى الواقع. ولذلك تصدق في كثير من الحالات عبارة «أوتو فينخل» التي يقول «ما من حالة كلينيكية واحدة تجسد كنه المرض كما تصفه الكتب».

ويكاد الباحثون والمعالجون أن يجمعوا على أهمية وجود تصنيف للأعراض النفسية رغم كل المشكلات والصعوبات المنهجية التي ترتبط بهذا التصنيف والتي لا يسمح المقام هنا بالخوض المفصل فيها. ولذا يذهب بعض العلماء إلى أنه في ميدان الاضطرابات النفسية يجب أن يسبق عملية التصنيف عملية التعليل والتفسير، بل إن «إيزنك» يرى أنه «ينبغي أن نتمكن من عزل نوع الاضطراب في الوظيفة موضع البحث مهما كان هذا الفرد متسما بعدم الإتقان -قبل أن نتمكن من البحث عن سبب هذا الاضطراب- كذلك ينبغي أن نستطيع التعرف عليه وتمييزه عن بقية الزملات المرضية». (ايزنك، ١٩٨٥، ٨٤).

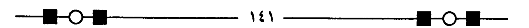
وقد تمت محاولات تصنيفية عديدة. ويعتمد الباحثون والمعالجون على هذه المحاولات في البحث والعلاج. ولكن ذلك لم يمنع كثيرا منهم -ومن يستخدمون هذه الأنظمة التصنيفية- من توجيه النقد إلى مدى دقة هذه التصنيفات. ومن يعمل في الميدان الكلينيكي دراسة أو علاجا يعرف صعوبة تصنيف أعراض المريض في فئة مرضية معينة. وقد وجد الباحثون معاملات ارتباط منخفضة بين عدد من التصنيفات المستقلة التي قام بها عدد من المعالجين لبعض المرضى. ومع ذلك فإن

الباحثين والمعالجين يرون ضرورة وجود نظام لتصنيف الأعراض لقيمته النظرية والعملية كما أسلفناه ويحاولون تطوير النظم التصنيفية القائمة، لتكون أداة أكثر نفعا في الدراسة والعلاج.

ويعرض «سوين» لعدد من المحاولات التصنيفية التي قام بها العلماء خاصة من أصحاب التوجه السلوكي للخروج من إطار التصنيفات التقليدية والتي توجه إليها انتقادات التداخل وعدم الدقة. وعلى رأس هذه المحاولات ذلك التصنيف الذي قدمه إيزنك وزملاؤه الذي تأسس على أربعة محاور رئيسة استخلصت أمبيريفيا في إطار بحوث الشخصية، وهي محاور العصابية والذهانية والانبساط والذكاء، وهي أبعاد متصلة ومتعامدة مما يكفل مرونة التصنيف ودقته في نفس الوقت. ومن هذه المحاولات أيضا ما يسمى بنموذج العلاقات التفاعلية بين الأفراد الذي قدمه كل من «ليرى» (Leary) و«بنيامين» Benjamin ويرتكز هذا النموذج على محورين هما: «الحب - الكراهية» و«السيطرة - الخضوع» وهناك محاولة ثالثة وهي التحليل الوظيفي للسلوك وهي تعتمد على المعنى الكلينيكي المتضمن في العرض أكثر من اعتماده على الجوانب الإحصائية (سوين، ١٩٨٥، ١٨٦-١٩٣).

وننتهي من ذلك إلى أن تصنيف الأعراض له قيمته رغم عيوبه أو المشكلات التي يثيرها، وهو ما دفع العلماء إلى بذل المحاولات المستمرة لاستخلاص نظام تصنيفي يتلافى الانتقادات التي توجه إلى النظم القائمة. وفيما يلي سنعرض للمجموعات الست عشرة الرئيسية في الدليل التصنيفي الذي تعتمده الجمعية المصرية للطب النفسي. وقد جاء هذا الدليل استجابة لتوجيه المؤتمر العربي الثاني للصحة النفسية المنعقد في القاهرة (١٩٧٥) وعلى توصية سابقة من المؤتمر الأول بتوحيد المصطلحات، ومتابعة من المؤتمر الثالث الذي عقد بالأردن (أبريل ١٩٨٧) والمؤتمر الرابع (صنعاء ١٩٨٩).

وقد استعين في إعداد هذا الدليل بجانب خبرة من أعدوه بالأدلة السابقة عليه سواء التقييم الدولي (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية أو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM) والمراجع والمصنفات العلمية. والست عشرة فئة الأساسية هي:



١- التخلف العقلي.

٢- الذهانات المقترنة بالزملات العضوية المخية.

٣- الحالات غير الذهانية المقترنة بالزملات العضوية المخية.

٤- الاضطرابات الطب نفسية للصرع.

٥- الاعتماد على العقاقير والكحولية والذهانات الكحولية.

٦- أمراض الهوس والاكتئاب.

٧- الفصام.

٨- حالات البارانويا.

٩- الذهانات الوظيفية الأخرى.

١٠- العصاب.

١١- اضطرابات الشخصية.

١٢- الاضطرابات النفس فيزيولوجية.

١٣- اضطرابات السلوك في الطفولة والمراهقة.

١٤- أعراض خاصة لم تدرج في مكان آخر.

١٥- الحالات التي لم يمكن تصنيفها تحت أي من الفئات السالفة.

١٦- الحالات الخالية من الأمراض النفسية. (الجمعية المصريه للطب النفسي - دليل تشخيص الأمراض النفسية- ١٩٧٩).

وقد عرضنا هيكل هذا التصنيف ليتضح للقارئ درجة العمق والشمول الذي يجب أن تتصف به أية محاولات تصنيفية للأمراض النفسية في كيانات مرضية لها درجة من التمايز. وعلى سبيل التيسير على القارئ أو الدارس أن نصنِّف مرة أخرى الأمراض السابقة حسب مبدأ العلية أو السبب في نشأتها ونموها إلى ثلاث مجموعات رئيسية وهي:

- الاضطرابات ذات الأصل النفسي.

- الاضطرابات ذات الأصل العضوي.

- الاضطرابات الناتجة عن التخلف العقلي.

وسنعرض لأشهر الأمراض النفسية وأكثرها انتشار طبقا لهذا التصنيف «العلّي»

القسم الثالث

أشهر الأمراض النفسية

أولا- الاضطرابات ذات الأصل النفسي:

أ/ اضطرابات الشخصية الموقفية العارضة (عصاب الصدمة):

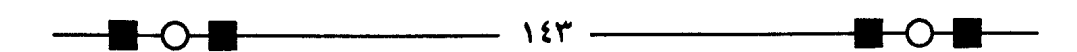
وهي فرع خاص من العصاب يمكن أن نطلق عليه عصاب الصدمة. وهي استجابة لضغوط خارجية بالغة الشدة والعنف وغالبا ما تتسم بالفجائية. فمن المعروف أن لكل فرد قدرة على تحمل الإحباطات والمثيرات المؤلمة. ولكن عندما يكون الإحباط عنيفا ومفاجئا لا يترك للفرد فرصة التماط الأنفاس فإنه قد يشكل صدمة يستجيب لها الفرد بالانهيار. وتتوقف سرعة الانهيار على مدى سلامة الفرد الجسمية ومدى تمتعه بالصحة النفسية أو درجة «قوة الأنا» لديه ونوع عاداته الدفاعية والتوافقية وكذلك نوعية توقعاته وتهيؤه النفسي للصدمة.

وأيا كانت أسباب الصدمة أو نوعيتها فإن أعراض الصدمة واحدة. وتتمثل هذه الأعراض في التوتر المستمر وعدم القدرة على الاسترخاء أو النوم والاندفاعية في السلوك أو الكف أو تناوبهما معا مع فقدان الشهية للطعام وعدم القدرة على التفكير الهادي المرتب. وإذا لم تقدم العناية والعلاج للمصاب بالصدمة فإنها تخلف أعراضا دائمة في الشخصية أشبه بأعراض العصاب الحادة. علما بأن كثيرا من حالات عصاب الصدمة تشفى حتى بدون علاج منظم إذا ابتعد المصاب عن مثيرات الصدمة وحظى بالعناية العادية إذا كان يتمتع بقدر معقول من الثبات الانفعالي والصحة النفسية قبل الصدمة.

ب/ الاضطرابات العصابية:

ب/١ طبيعة السلوك العصابي:

يسعى الفرد إلى إشباع حاجاته الأولية والثانوية، ولكنه كثيرا ما يقابل ببعض العقبات أو الموانع التي تحول بينه وبين الإشباع. حينئذ يشعر بالإحباط وما يتبعه



من مشاعر الضيق والتوتر والمرارة. كذلك قد يقع الفرد في صراع بين دوافعه فينتهي به الأمر إلى الإحباط أيضا. كما أن الفرد في محاولته الدائمة تحقيق التوافق قد يواجه كثيرا من المشكلات والعقبات التي تسبب له الألم والمعاناة.

ويواجه الفرد الإحباط بأساليب متعددة كالعدوان أو التبرير أو التعويض أو النكوص. وقد نصيب هذه الأساليب قدرا من النجاح في تخفيض درجة القلق. وهذه الأساليب تشكل الميكانزمات الدفاعية. وهي أساليب قاصرة في مواجهة المواقف إلا أنها نوع من السلوك يلجأ إليه الفرد ليدافع به عن نفسه ويجنبها المهانة التي تلحق بها في المواقف الإحباطية، كما أنه يحقق عن طريقه بعض الإشباع أيضا.

ولكن عندما تتكرر المواقف الإحباطية أو تشتد يصل الأمر إلى درجة لا تصلح معها ميكانزمات الدفاع في مواجهة الموقف لا في الدفاع عن الذات ولا في الإشباع الجزئي الذي كانت تحققه، عندئذ يلجأ الفرد إلى أسالب أكثر بدائية أو نكوصية (بمعنى أنها تنتمي إلى مراحل عمرية أسبق). وبالتالي فهي تبتعد عن معيار السلوك السوي بصورة أكبر. ويتبادى هذا السلوك من العدوانية الشديدة والتهجم على الآخرين إلى الانسحاب بعيدا عنهم والخوف منهم، إلى استدرار عواطفهم واستجدائها. وهذا هو السلوك العصابي.

والسلوك العصابي سلوك يعبر عن درجة كبيرة من سوء التكيف، حيث إنه يفتقر إلى الاتساق ويتسم بالفجاجة وعدم التناسب مع الموقف. ولكن الفرد في العصاب يكون شاعرا بشذوذ وغرابة مسلكه. ويعاني من جراء ذلك ضيقا شديدا، وكلما عانى الفرد من الفشل في تحقيق التوافق ومن القلق والتوتر المصاحب لهذا الفشل فإنه يلجأ إلى مزيد من الأساليب العصابية الأخرى ليخفف من قدر التوتر الذي يتراكم حتى يظل هذا القدر في الحدود التي يمكن له احتمالها. وكثيرا ما تنجح هذه الأساليب الأخيرة في التخفيف الوقتي أو المباشر للقلق، أو في الإشباع الجزئي لحاجاته. ويدعم النجاح الظاهري أو الخادع هذه الأساليب، ويجعلها أقرب إلى الظهور كلما واجه الفرد نفس الموقف أو موقف مشابه. وهذا هو سبب مداومة واستمرارية السلوك العصابي.

والسلوك العصابي لا يحقق لصاحبه التوافق الصحيح في البيئة. لأنه لا يواجه المشكلة مباشرة ولكنه يدور حولها، مما يدفع به إلى المزيد من السلوك غير الإيجابي. وهكذا يقع الفرد في دائرة تطحنه. فهناك خطر يتهدد الشخصية، أو صراعات شديدة لا تجد الحل، وما يتبع ذلك من شعور بالمرارة والفشل، ويواجه الفرد العصابي هذا الواقع بسلوك غير واقعي هروبي أو انسحابي أو استعطافي أو إنكاري، وهو السلوك الذي يسمى بالسلوك العصابي، وهو الذي يشعر الفرد في النهاية أنه في دوامة أو دائرة تلفه وتزيد من تعاسته وألمه.

ج/ تعريف العصاب:

العصاب اضطراب وظيفي غير مصحوب باختلال جوهري في إدراك الفرد للواقع، وهو محاولة غير ناجحة من جانب الفرد للتعامل مع الصراعات الداخلية، ومع المشكلات في العالم الخارجي. وفي العصاب تظل الشخصية متماسكة، حيث يصيب الاضطراب بعض جوانبها فقط. وغالبا ما يظهر العصاب في مجال العلاقات الشخصية البينية أكثر مما ظهر في مجال الحياة العقلية للمريض.

ج/١ خصائص السلوك العصابي:

وعلى ذلك يمكن تمييز الخصائص الآتية في السلوك العصابي:

ج/ ١/ ١ السلوك العصابي سلوك فاشل لحل الصراعات التي يواجهها الفرد. أو هو محاولة غير ناجحة للتوافق.

ج/ ١/ ٢ السلوك العصابي سلوك قهري. فرغم أن العصاب سلوك فاشل الا أن المريض يكرره كلما تكرر الموقف. ومع علم المريض أحيانا بأن سلوكه عقيم في مواجهة متطلبات الموقف فإنه يتشبث به. وهو يفعل ذلك رغم رغبته الشعورية في التخلص منه. ويمثل هذا التشبث المقاومة اللاشعورية للشفاء.

ج/ ١/ ٣ يلجأ العصابي إلى تكرار السلوك العصابي بسبب المكاسب التي يحققها. فالسلوك العصابي يحقق بعض الأهداف أولها أنه يخفف من القلق نتيجة تحقيقه لبعض الإشباعات، حيث فشل الفرد في الإشباع الكامل، كما أنه فشل أيضا في الكبت الناجح. كما أن السلوك العصابي له وظيفة دفاعية بتخفيفه لدرجة القلق وإن كان

تخفيضا وقتيا. وهذا هو الكسب الأولي للعصاب. أما الكسب الثانوي فيتمثل في لفت نظر الآخرين إلى الفرد بالرعاية والاهتمام والعطف والإعفاء من المسئوليات.

ج/١/٤ السلوك العصابي سلوك هروبي لأنه لا يواجه مصدر الخطر مباشرة أو يتجه إلى فض الصراع بطريقة واقعية، ولكنه يدور حول الخطر أو يهرب منه.

ج/١/٥ السلوك العصابي سلوك غير بناء إلا أنه إذ يخفف القلق تخفيفا وقتيا، فإنه يزيد ألم المريض ومعاناته. والعصابي يواجه صراعا بين رغبته في تكوين صورة ذات مقبولة شخصيا واجتماعيا وإشباع حاجاته من ناحية وبين مفهوم الذات السلبي الذي يتضمن القصور والعجز. ومعظم سلوك العصابي يهدف إلى حل هذا الصراع الذي يجري عنيفا داخله. وفي معظم الحالات لا يكون لديه القدرة على مواجهة هذا الصراع مواجهة ناجحة. وعلى قدر الفشل تكون حدة السلوك العصابي وشدته.

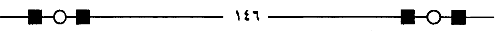
د/انتشارية العصاب:

ويفترض أن العصاب ينتشر أكبر من اي مجموعة نفسية أخرى من الاضطرابات. وتؤكد المشاهدات والبيانات هذا الافتراض، رغم أن البيانات في هذا المجال غير دقيقة، وكثير من العصابيين لا يترددون على المستشفيات أو العيادات النفسية، وكثير منهم أيضا يعالج من أمراض غير نفسية، أي أمراض عضوية. وينشغل معظم المرضى بعلاج الأعراض العضوية ويرونها هي مرضهم الأساسي رغم أنها قد تكون من مصاحبات أو إفصاحات الاضطراب العصابي.

ويلاحظ الأطباء المعالجون هذا الأمر بوضوح، ويقرر أحد أساتذة كلية الطب بعد سؤاله عددا من زملائه عن نسبة العصابيين بين من يترددون عليهم للعلاج حسب تخصصهم أن نسبة العصابيين تبلغ:

من ٤٠٪ - ٦٠٪ عند أطباء القلب.

من ٥٠٪ - ٦٥٪ عند أطباء الجهاز الهضمي.



من ٦٠٪ - ٦٥٪ عند أطباء الجلد.

من ٢٠٪ - ٣٠٪ عند أطباء أمراض النسا.

من حوالي ٧٠٪ عند أطباء الأعصاب.

من ٣٠٪ - ٤٠٪ عند أطباء الصدر.

من ٣٠٪ - ٤٠٪ عند الممارسين العامين.

من ٤٠٪ - ٦٠٪ عند أطباء الأمراض التناسلية.

من ١٠٪ - ١٥٪ عند أطباء الجراحة.

ويلجأ هؤلاء المرضى لكافة الأطباء يشكون من أعراض عامة مثل الأرق والتهاب المعدة وسوء الهضم والضعف العام وفقر الدم والروماتيزم والدوار والسخونة في الجسم والتنميل في الأطراف والآلام المتنقلة في الجسم والخوف من أمراض مثل الدرن والسرطان والقلب..... إلخ وكذلك انقباض الصدر والصعوبة في البلع.... إلخ» (عكاشة، ١٩٦٩، ٢٢).

هـ / صور العصاب المختلفة:

هـ/١ عصاب القلق: Anxiety Neurosis

القلق من أكثر صور العصاب شيوعا بين الناس. والقلق قد يكون عرضا في إحدى الزملات العصابية الأخرى، ولكنه قد يشتد ويصبح الصفة السائدة في اللوحة العصابية، وفي هذه الحالة يكون القلق مرضا قائما بذاته، وهو ما يعرف بعصاب القلق. وللقلق صور مختلفة منها القلق الموضوعي والقلق العصابي والقلق الخلقي.

أما القلق الموضوعي فهو الشعور بالتهديد والخطر من مثير واقعي في البيئة، وهو نوع من القلق غير المرضي، ولذا فهو أقرب إلى الخوف خاصة إذا كان محدد المصدر. أما القلق العصابي وهو المرتبط بالصراعات النفسية الشديدة فهو ما نعنيه عندما نتحدث عن عصاب القلق، لأن مشاعر التوتر فيه تعود إلى عوامل داخلية أكثر ما تعود إلى عوامل خارجية. أما القلق الخلقي وهو الخوف من تهديد الأنا الأعلى، وهي الصورة الشائعة عند مرضى عصاب الوسواس القهري كما سيتبين فيما بعد.



و للقلق أعراضه الجسمية التي تتمثل في الشعور بالتعب والصداع وتوتر العضلات ونقص الطاقة والحيوية وتصبب العرق البارد حتى في الشتاء وصعوبات التنفس والارتعاش في الأيدي، وأحيانا ما يصاب الشخص القلق بالقيء والغثيان والدوار، كما يشعر أحيانا بعسر الهضم وبالاضطرابات في النوم. فهو لا ينام بسهولة. وقد يعاني من الكوابيس عند النوم وغيرها من الأعراض وهذه الأعراض الجسمية توجد بجانب الأعراض النفسية الأساسية المتمثلة في سهولة الاستثارة والعصبية الزائدة والشعور بعدم الاستقرار والشك والارتياب والتشاؤم فيما يتعلق بالمستقبل.

هـ/٢ عصاب الهستيريا: Hysterical Neurosis

والعصاب الهستيري من أشهر أنواع العصاب انتشارا. والهستيريا تمثل أفضل تمثيل ما نقوله عن أن الأعراض العصابية لها معنى، وأنها لغة أو أنها تحمل رسالة يريد المريض أن يبعث بها إلى الآخرين. ففي الهستيريا يقوم البدن وتقوم الأعراض الجسمية بدور كبير، لأن الأعراض هنا جسمية بدون أن يكون هناك أساس عضوي لهذه الأعراض. والأعراض الهستيرية من أقدم الأعراض التي عرفها الطب الجسمي. ويتضح ذلك من برديات القدماء المصريون ومن كتابات الإغريق. حتى أن لفظة «هستيريا» (Hysteria) تعني باليونانية القديمة أو الإغريقية «الرحم»، وكانوا يظنون أنها اضطراب ينشأ بسبب تحول الرحم في الجسم.

وللهستيريا مكانة خاصة في السيكوباثولوجيا الحديثة، لأن فرويد وضع اللبنات الأولى في نظريته بناء على دراسة وعلاج بعض حالات الهستيريا، ووضع بالاشتراك مع «جوزيف بروير» كتابه «دراسات في الهستيريا» عام ١٨٩٥.

والأعراض الهستيرية كثيرة ومتنوعة، ويندر جدا أو يستحيل أن توجد عند مريض واحد، لأنها تتفاوت بين الاضطرابات في الجوانب الحسية من قبيل الإحساس بالتنميل في بعض أجزاء الجسم، أو تناقص الإحساس وكأن الإنسان مخدر، إلى الاضطرابات في الحواس نفسها كالعمى الهستيري، وهو أن يفقد المريض بصره ولكن العين كعضو إبصار والمنطقة البصرية في المخ وكذلك الأعصاب البصرية كلها من الناحية التشريحية سليمة.

كذلك هناك الاضطرابات الحركية في الهستيريا مثل الصرع الهستيري. وتختلف نوبات الصرع الهستيري عن نوبات الصرع الحقيقية في أن الجهاز العصبي ليس له دور في النوع الأول، ولذا فإن المريض لا يفقد شعوره وإدراكه للواقع المحيط به تماما. ومن هذه الأعراض احتباس الصوت أو فقدانه كلية علاوة على الاضطرابات الحشوية مثل القيء والإسهال وفقدان الشهية العصبي حيث يمتنع المريض تلقائيا عن الطعام ويصير إلى حال يكون فيها أقرب إلى الهلاك.

وتعمد أدلة التشخيص إلى ذكر نوعين من الأمراض الهستيرية وهي الأمراض الهستيرية «التحولية» (Conversion) والأمراض الهستيرية «الانفصالية» أو «الانشقاقية» (Dissociative) وبعض المصنفات العلمية تعالج هذين النوعين من الاستجابات كما لو كانا كيانين منفصلين. ولكن وحدة الديناميات السيكلوجية وراء كلا النوعين من الأعراض مبرر جيد لاعتبارها أعراضا لكيان مرضي واحد رغم اختلاف الأعراض فيهما.

هـ/٣ العصاب الخوافي (عصاب الفوبيا Phobic Neurosis)

والاستجابة الخوافية هي استجابة خوف شديدة ومبالغ فيها. واللفظة المستخدمة لوصف هذه الاستجابة في اللغة الإنجليزية هي phobia (فوبيا) وهي مشتقة من اللفظة الإغريقية phobos بمعنى خوف. والعصابي الخوافي إما أنه يخاف من أشياء تخيف بالفعل ويخاف منها الآخرون ولكن خوفه يكون شديدا ومبالغا فيه مثل الخوف من الثعابين والظلام وغيرها من مثيرات الخوف، أو أنه يخاف من أشياء ليس من شأنها أن تخيف مثل الذي يخاف من الأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة أو الأماكن الشاسعة، والتي يكون فيها الارتفاع والسعة ليس كبيرا جدا.

وهذا يعني أن الخوافي العصابي يعاني من الخوف الشديد والذي ليس له ما يبرره في الواقع. ويصل هذا الخوف إلى الدرجة التي تدفع الفرد إلى الهروب وتحاشي المواقف التي تحتوي على مثل هذه المثيرات. ومع ذلك فإن العصاب الخوافي أقل أنواع العصاب خطراً أو تأثيراً على توافق الفرد العام وأدائه لوظائفه المهنية والاجتماعية والعائلية.

وهناك تفسيران مختلفان يقدمهما علماء النفس للخواف، وإن كان التفسيران يمكن أن يجتمعا في حالة فرد واحد، أي أنهما ليسا متناقضين. وأولهما التفسير

التحليلي ويقوم على أساس أن الفرد صاحب الخواف يعاني صراعا عصابيا بين نوازعه وغرائزه من ناحية وبين مثله ومعايير المجتمع من ناحية أخرى. وبما أنه عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف منه فإنه يحول مصدر الخوف من الداخل إلى الخارج. فيتخذ من أحد الأشياء الخارجية مصدرا لخوفه، لأن ذلك يكون أسهل في مواجهة الخوف، حيث إن الأمر حينئذ لن يكلفه -ليواجه الخوف- سوى أن يتجنب هذا المصدر. أي أن التفسير التحليلي يقوم على ميكانزم «الإزاحة» أو «النقل». فالخوافي يزيح مخاوفه أو ينقلها من الصراع الداخلي إلى موضوع آخر خارج ذاته لأن ذلك يسير له مواجهة هذا الخوف.

أما التفسير الآخر فيقدمه علماء النفس السلوكيون، ويعتمدون في تفسير الخواف على ميكانزم التشريط. فالخوافي قد مر في الماضي -وغالبا ما يكون في مرحلة الطفولة- بموقف تعرض فيه لخوف شديد، ثم نسي هذا الموقف، ولكن الارتباط ظل قائما بين هذا الموضوع الذي أثار الخوف وخبرة الخوف المؤلمة. فالفتاة التي تخاف من القطط ربما تكون قد تعرضت لأذى في صغرها من أحد القطط، والشاب الذي يخاف من الأماكن المغلقة ربما يكون قد أغلق عليه باب الحجرة - وهو صغير- وشعر بالخوف والفزع من الوحدة. وكأن الخوافي عندما يتعرض فيما بعد لموقف مماثل للموقف الذي سبق أن حدثت فيه خبرة الخوف فإنه يستعيد ذكرى الموقف الذي حدث في الطفولة فيخاف من الأماكن المغلقة رغم اقتناعه بعدم منطقية هذا الخوف ولكنه لا يستطيع التخلص منه.

وهذه القهرية في الخواف هي التي جعلت بعض الباحثين يدرجون هذا العصاب ضمن عصاب الوسواس القهري. ويتعامل كثير من الباحثين مع الوساوس والقهر والخواف على أنها جميعا تكوِّن زملة مرضية واحدة مثل «ماير - جروس» الذي يرى أن الأعراض الثلاثة تشكل حلقة مفرغة (Mayer- Gross, 1954, 141). ولكن إذا كان البعض يضيف الخواف مع أعراض الوساوس والقهر معا في زملة واحدة فإن الكتابات الأحدث وكثيرا من معاجم (قواميس علم النفس والطب النفسي المعاصرة لم تعد تعتبر الخواف ضمن الزملة التي تشمل الأعراض الوسواسية والأعراض القهرية. واعتبرت الخواف مجموعة مرضية قائمة بذاتها وكرست أدلة التشخيص هذا الانفصال.

وللخواف أعـراضه الواضحـة مثل تصبب العرق والـغثيان والقيء وسـرعة ضربات القلب والإجهـاد والإغماء وارتجاف الأطراف والغصـة في الحلق وصعوبة البلع وبعض الإحساسات الحشوية غير المريحة. ولأن أعراض الخواف هذه يمكن أن تظهر كأعـراض في زملات مرضية أخـرى فإن تشخيص عصـابة الخواف أمر ليس باليسير. فـمعظم هذه الأعراض تظهر مع عصاب القلق، كمـا أنها تظهر أيضا مع الهسـتيريا الانشـقاقـية والتي تتمـثل في الهروب والشـرود أو التجوال خـوفا من موضوعات مؤلمة. وتختلط أعراض الخواف مع الأعراض الوسواسية والقهرية، بل إن هذه الأعراض -أعـراض الخواف- إذا ظهرت في خريـف العمر فإنهـا قد تدل على الذهان الوجدانـي (الهوس - الاكتـئاب) وربما لا يفصل في الأمـر إلا تحديد الموضـوعات الـتي يخاف منـها الخـوافي ولا تخـيف الآخـرين على الأقل بنفس الدرجة.

هـ/٤ العصاب القهري الوسواسي: Obsessive Compulsive Neurosis

عرف الطب النفـسي الأعراض الوسواسـية والقهـرية ووصفهـا الأطباء عند مرضاهم منذ وقت طويل. ولكن لم يهتم أحد قـبل «كريبلين» بأن يجمع السمات والأعراض الوسواسية والقـهرية في زملة مرضية واحدة ويعطيها اسـما معينا. وقد أطلق «كريبلين» لفظ (Zwang) عام ١٨٩- على هذا المرض. وأشـار إلى أن أظهر سمتين فيه هما التدقيق البالغ والاهتمام بالتافه من الأمور.

وقد تابع «فرويد» كريبلين في هذه التسميـة وترجمها إلى مصطلح «العصاب الحصاري» وقـصد به القوة الداخلية التي يسـتشعرها الفرد في داخله تجـعله رغما عنه يأتي أفعالا معينة قد لا يرضـاها. ولكنه لا يستطيع إلا أن ينصاع لها (كفافي، ١٩٩٧، ٤٤٠).

ويرتبط الوسـواس بالقهـر ارتباطا وثيـقا. ويـكاد يجمع العلمـاء على هذا الارتباط. والوسواس يتعلق بتـسلط فكرة معينة على الفرد يعتقد في عـدم صحتها بل في سخفهـا ويريد أن يتخلص منها ولكنه لا يستطيع. أما القهـر فإنه يشير إلى الأفعال الحـركية. ففي القهـر يجد الفرد نفسـه جبرا أو مضطرا إلى عـمل أشياء معينة أو إتيان حـركات خاصة لا يقتنع نفسه بأهميتـها [illegible] ولكنه لا يستطيع إلا أن يأتيها وإذا لم يفعلها فإنه يشعر بـالضيق والتوتر وعدم الراحة. وتستمر هذه الحال القلقة إلى أن يأتي هذه الأفعال القهرية.

ويعود الارتباط بين الوسواس والقهر إلى أن الوسواس يولِّد القهر. فإذا تسلطت الأفكار الوسواسية على الفرد فإنه يلجأ إلى أساليب سلوكية معينة لكي يتغلب على القلق المصاحب لتسلط هذه الأفكار. أما الأساليب التي تنجح نسبيا في تخفيض القلق، فإنها تميل إلى أن تثبت وتأخذ شكلا قهريا. ويلجأ إليها الفرد كلما ألحت عليه الأفكار الوسواسية. كذلك فإن السلوك القهري يتضمن درجة من الوسوسة، لأن هذا السلوك يقابل بمرونة من جانب الفرد ورغبة شديدة في التخلص منه، مما يدفع المريض إلى التفكير في محاولة تفسير هذا السلوك، وهو تفكير ذاتي اجتراري بين المريض ونفسه، أي أنواع من الوسوسة.

وهكذا ترتبط الأفكار الوسواسية بالأفعال القهرية. وقد تكون الأفكار الوسواسية على درجة كبيرة من الوضوح في شعور الفرد وقد لا تكون. ولكن الوساوس تحمل طابع القهر،؟ كما أن القهر يؤدي إلى الوسوسة. وقد يغلب الطابع الوسواس على بعض المرضى، وقد يغلب الطابع القهري على بعضهم الآخر ولكن المصنفات العلمية في علم نفس غير العاديين وفي علم النفس الكلينيكي وفي الطب النفسي وكذلك في أدلة التشخيص قد استقرت على ضم الأعراض الوسواسية والقهرية في زملة عرضية واحدة أطلق عليها اسم عصاب الوسواس القهري أو «العصاب القهري» أحيانا للاختصار وأخذا بمبدأ الاقتصاد في العلم.

وتتضمن أعراض العصاب القهري التردد والحيرة وعدم القدرة على اتخاذ القرار بسرعة أو في الوقت المناسب، وكذلك الارتياب والشك الزائد في نوايا الآخرين، والمثالية ونشدان الحق والتمسك المتصلب بالفضيلة والقيم. ومن الأعراض الهامة في العصاب القهري أيضا الالتزام الصارم بالقواعد والمعايير والرغبة الشديدة في الإنجاز والتحصيل والرغبة في تحقيق الكمال. كما يتسم العصابي القهري بالاهتمام الزائد بالنظافة والنظام والترتيب ويغلب على نظرته إلى الأمور التشاؤم وهو أميل إلى البخل والتقتير. ومع رغبته في تحقيق الكمال فإن ثقته في نفسه محدودة. وهو يميل إلى الإصرار والعناد والتشبث بما يعتقد .

هـ/ ٥ العصاب الاكتئابي Depressive Neurosis

والاستجابة الاكتئابية شأنها شأن الاستجابة الخوافية، فكلاهما قائم على المبالغة والشدة والتطرف لاستجابة يمكن أن تكون سوية عندما تحدث باعتدال وفي

توسط. فكما أن الاستجابة الخوافية خوف شديد مبالغ فيه لمثير قد يثير الخوف ولكن ليس إلى هذه الدرجة فإن الاستجابة الاكتئابية هي استجابة حزن وأسى وقنوط لحادث أو موقف قد يثير الأسى ولكن ليس إلى هذه الدرجة أو إلى هذه المدة. فالاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد والأسى الذي يدوم فترة طويلة، وغالبا ما يكون لفقدان شيء أو موضوع عزيز.

إذن فكل فرد معرض لأن يخبر المشاعر الاكتئابية عندما يفقد شيئا أو عندما يسمع خبرا محزنا أو امتهان كرامته أو جرح كبريائه. ولكن الفرد يتخلص بعد فترة من مشاعر الاكتئاب ويعود إلى حالته الطبيعية. أما الفرد المكتئب فإنه يستمر في حالة الاكتئاب إلى فترة أطول أو أنه يعبر عن الأسى بشكل أشد. ويظهر على الفرد المكتئب مظاهر تناقص الاهتمام بالناس والأشياء والموضوعات والميل إلى العزلة، وتناقص الهمة والنشاط وقلة الرغبة في العمل، وتنتابه حالات يأس وقنوط. ويصعب عليه التركيز ولو لفترات قصيرة كما أنه يعبر عن عدم الاطمئنان والتشاؤم.

وذكر الأعراض يؤدي بنا إلى الإشارة إلى أن الاكتئاب يمكن أن يضيف تصنيفا داخليا حسب شدة هذه الأعراض. كما أن الاكتئاب له صورتان أساسيتان: الصورة العصابية وهي ما نتحدث عنه الآن والصورة الذهانية والتي سنشير إليها عند الحديث عن الذهان. وقد تكون الصورة الذهانية ذهانا اكتئابيا خالصا أو تكون اكتئابا دوريا مع المرح أو الهوس.

واللوحة الكلينيكية للاكتئابي توحي بأن شخصيته قبل المرض لم تكن سوية تماما، لأن ما يتعرض له الاكتئابي من ضغوط تسبب له الاكتئاب يتعرض لها كثير من الناس ولكنهم لا ينخرطون في الفئة المكتئبة. وهذا يعني أن لدى الاكتئابي قبل المرض نوعا من الاستعداد للعصاب. وعادة ما يكون هذا الفرد قد تعرض لكثير من الإحباطات وعاش في ظروف لم توفر له الأمن النفسي والطمأنينة، وكون عن نفسه مفهوما للذات يتضمن نقص الكفاءة والمحدودية في الإمكانيات، وذلك استجابة للتقييمات والأحكام والأوصاف التي كان يسمعها من الكبار المحيطين به في الصغر، وعندما يستدخل الفرد هذه الأحكام والتقييمات السلبية لشخصه يتكون لديه استعداد لتخفيض تقديره لذاته إلى درجة كبيرة.

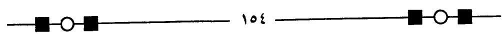
وعلى هذا يمكن اعتبار الحادث الذي يسبق الاكتئاب ما هو إلا مجرد النقطة التي فاض بها الكأس، حيث تتجمع كل الإحباطات ومشاعر المرارة واليأس وعدم الكفاءة، وتؤدي جميعها إلى أن ينخفض تقدير الفرد لذاته. وعندما يصل تقدير الفرد لذاته إلى درجة معينة من الانخفاض تظهر المشاعر والأعراض الاكتئابية. وقد عزت كثير من البحوث العلاقة الوثيقة بين كل العوامل التي تؤدي إلى انخفاض تقدير الفرد لذاته وخبرته بالمشاعر الاكتئابية، علما بأن انخفاض تقدير الفرد لذاته هو الطريق إلى شعوره بالاكتئاب.

ويعبر المكتئب عن الأسى والحزن العميق والذي يعكس العجز وقلة الحيلة Helplessness واليأس Hopelessness. ويمثل هذا الأسى العاجز العبارات الآتية التي قالها رجل أصيب بنوبة اكتئاب بعد أن فصل من عمله حديثا. «إنني لست أعرف ماذا علي أن أفعل الآن. إنني أعرف تماما أنني لا يمكن أن أحصل على عمل مماثل للعمل الذي كنت فيه. إن أحدا لا يريدني... إنني أشعر وكأن حياتي قد انتهت. إنني أشعر بأنني لا أستطيع أن أبدأ من جديد.. إنني لا أنام، وأجلس طوال الليل أندب حظي وأنعي فشلي ولا أعرف لي مستقبلا ولا أدري ماذا سوف يكون عليه الغد. إنني أتمنى الآن الموت وأرحب به» (London & Rosenhan, 1968, 350)

هـ/ ٦ عصاب توهم المرض: Hypochondriacal Neurosis

وتوهم المرض أحد الأعصبة التي يعتقد المصاب به أنه مريض أو أنه معرض لخطر المرض الشديد، إذا لم يأخذ الاحتياطات اللازمة، كل ذلك بدون دليل طبي حقيقي أو واقعي. فهو شعور ذاتي داخلي، والمتوهم للمرض دائم الانشغال بصحته الجسمية، وهذا الانشغال يغطى على أية اهتمامات أخرى ويملأ عليه حياته ويلتفت إلى كل تغير يحدث في بدنه ويسرع إلى الطبيب ليستشيره فيما يشعر به، ويرحب بأية أنواع من العلاجات والأدوية التي قد تقدم له، ويحاول لذلك أن يزيد من ثقافته الطبية، ويناقش الآخرين فيما يتعلق بالأمراض ومسبباتها وأنواع العلاج الناجعة لها.

والعصابي المتوهم للمرض يتسم قبل ظهور الأعراض العصابية عليه بأنه شخصية متمركزة حول ذاتها ويفضل العزلة ويملأ وقت فراغه بالأنشطة الفردية التي يزاولها بمفرده وليس مع آخرين. ويكثر عصاب توهم المرضى في منتصف وأواخر



العمر ويندر عند الشباب والمراهقين، كما أنه يزيد عند النساء بأكثر مما هو عند الرجال.

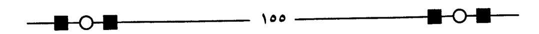
وتشخيص عصاب توهم المرض يحتاج إلى دقة رغم أن أعراض العصاب ظاهرة وواضحة لأن هذه الأعراض كثيرا ما تظهر مختلطة أو مشتركة مع أعراض أعصبة أخرى، وقليلا ما تظهر الأعراض التوهمية بمفردها على شكل «عصاب التوهم النفسي». كما يمكن أن تظهر الأعراض التوهمية مع وجود مرض جسمي حقيقي وبسيط ولكن العصاب يجسم المرض ويجعل صاحبه ينشغل به انشغالا فائقا. ويلاحظ أن هذا العصاب به بعض الشبه بعصاب الوسواس باعتبار أن الاثنين يتضمنان تسلط فكرة غير صحيحة على صاحبها، مما يجعل البعض يخلط بينهما، ولكن هناك فرقا واضحا بينهما هو أن الفكرة في توهم المرضى تدور حول الجوانب الصحية (الجسمية فقط) بينما يمكن للفكرة في عصاب الوسواس أن تنصب على أي موضوع آخر، وغالبا ما ترتبط بحاجات المريض وصراعاته.

وفيما يتعلق بتفسير الأعر ض التوهمية فإن هناك شبه إجماع بين العلماء على أن العصابي المتوهم للمرض لديه ألوان من القلق غير محددة المصدر وهو ما يزعجه، ولذا فهو يزيح القلق إلى موضوع محدد وهو صحته الجسمية، ويجعل من بدنه بؤرة لاهتمامه ومشاعره وألوان قلقه، لأن هذه الإزاحة تتيح له أن يجسد مصدر القلق وبالتالي تساعده على مواجهته. وبالطبع فإن الاهتمام بالناحية الصحية وعلاج ما يضطرب فيها أمر مقبول ومطلوب من الناحية الاجتماعية، وعلى ذلك فلا ترتيب عليه إن هو اهتم «بعلاج ما يتعرض له من أمراض» ثم إن هناك دائما المكسب الثانوي للعصاب والمتمثل في جذب اهتمام الآخرين وعطفهم.

وعصاب توهم المرض يضمن لصاحبه مشاركة الآخرين له، ولكن بالطريقة التي يريدها، فهم يعبرون عن اهتمامهم به وسؤالهم عن صحته فقط، وليس لديهم الفرصة لأن يتدخلوا أو ينتهكوا حرمة حياته الشخصية أو الجوانب الخاصة منها والتي يريدها أن تظل بعيدة عن «فضول» الآخرين.

ثانيا- الاضطرابات النفسية والفيزيولوجية الحشوية اللاإرادية:

وهذه «الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية» (Psycho physiological Disorders) هي أفضل تعبير عن العلاقة بين الجوانب العضوية والجوانب النفسية

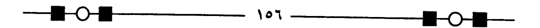


أو بين الجسم والعقل. وبذلك فهي الدليل القاطع على سقوط النظريات الثنائية التي كانت تفصل بين الجسم والنفس وتعامل كلا منها معاملة خاصة قائمة على أن لكل منهما طبيعة مختلفة.

وتشير الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية إلى التغيرات التي تحدث في الجسم ولكنها لا تعود إلى أسباب من قبيل العدوى أو التلوث أو غيرها، وإنما تعود إلى أسباب انفعالية. ويلعب الجهاز العصبي، خاصة الجهاز العصبي المستقل دورا هاما في هذه الاضطرابات فهو الواسطة بين التغيرات الانفعالية التي يتعرض لها الفرد والتغيرات الجسمية التي تترتب على ذلك. والجهاز العصبي المستقل يحتوي على وظيفتين متقابلتين: الوظيفة السمبثاوية وتهتم بإعداد الفرد للمواقف التي يحتاج فيها إلى مجهود، وهي المواقف التي يصرف فيها الطاقة، والوظيفة الباراسمبثاوية، وتهتم بإعادة الاتزان، وبالتالي بحفظ الطاقة وتخزينها. ويقوم الهيبوثلاموس بدور حيوي جدا في تنظيم العلاقة بين الجوانب الانفعالية والجوانب العضوية لأنها تتحكم في الجهاز العصبي المستقل بوظيفته وفي الغدد الصماء بإفرازاتها.

والتفسير السيكولوجي للاضطرابات النفسية الفيزيولوجية يقوم على أساس أن هذه الاضطرابات هي تعبير عن طاقة حبيسة أو حاجات غير مشبعة أو تعبير عام عن توتر وقلق لم يتم التعبير عنه بالوسائل المباشرة. إذن فهذه الاضطرابات أشبه بالأعراض العصابية، وإن اتخذت صورة التعبير الجسمي.

وهؤلاء الأفراد الذين يصابون بمثل تلك الاضطرابات قد يكونون مهيئين أكثر من غيرهم للتعبير الجسمي أكثر من التعبير السلوكي العصابي. وربما تمثل هذا التهيؤ أو الاستعداد في ضعف وراثي أو مكتسب لأحد أعضاء الجسم كالمعدة أو القصبة الهوائية أو الحبال الصوتية في الحنجرة أو الشعب الهوائية في الرئة. وهناك تفسير آخر يذهب إلى أن هذه الأعراض ربما تقوم بدور رمزي أي أن إصابة عضو معين في الجسم لا يعود إلى ضعفه التكويني بقدر ما يعود إلى أن وظيفة هذا العضو لها علاقة بالموقف الإحباطي الذي سبب هذه الاضطرابات. كأن تكون أزمة الربو عند الفرد مثلا نداءً مكتوما للأم، أو صرخة استغاثة بها عندما يجد انصرافا من جانبها عنه وإهمالا لشأنه.



وتظهر الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية في كثير من أجهزة الجسم وأعضائه مثل المعدة (قرحة المعدة) والجهاز التنفسي (الربو- التهاب الجيوب الأنفية) والجلد (التهاب الجلد) والعضلات والهيكل العظمي (التهاب المفاصل وأوجاع الظهر) والجهاز الدوري (ضغط الدم- الصداع النصفي).

ثالثا- الذهان الوظيفي:

أ/ ما الذهان الوظيفي:

الذهان الوظيفي: Functional Psychosis درجة متقدمة من الاختلال النفسي أو من عدم تكامل الشخصية، تضطرب معها الجوانب الإدراكية والجوانب الوجدانية، وينشأ الذهان عندما يغدو الواقع مؤلما إلى حد يعجز معه الفرد عن مواجهة العالم الخارجي. ويحدث في الذهان -نتيجة اضطراب الإدراك والوجدان- أن يفقد المريض صلته بالواقع وتتشوه مدركاته، وينسحب في كثير من الحالات من العالم الواقعي إلى عالم خاص به. والذهان الوظيفي لا ينتج عن إصابات أو أعطاب في الجهاز العصبي، ولا يصحبه أية اضطرابات في الجسم، أو في إفراز الغدد الصماء (الهرمونات). ويمثل الذهان المكتمل الانهيار التام للشخصية.

ويختلف الذهانيون في أعراضهم ولكنهم يشتركون في أعراض عامة مميزة للذهان. فالسلوك الذهاني غير مستبصر إلى الدرجة التي يجر فيها الأذى والإحراج الشديد لصاحبه، والسلوك الذهاني يدل على عدم تقدير الواقع تقديرا سليما، أو يتجاهله تجاهلا تاما، والسلوك الذهاني ينبئ أن الفرد انسحب من الواقع المحيط به، ولم يعد يتقيد بقوانينه، وأصبح له عالمه الخاص به. والسلوك الذهاني في النهاية يصل بصاحبه إلى الحالة التي يستوجب الأمر فيها عزله عن الآخرين، والتماس العلاج له في المستشفيات.

ويذهب «ماسرمان» (Masserman) إلى أنه يكفي توافر أي من المحكات الثلاثة الآتية للحكم بوجود حالة ذهانية:

- الاضطراب أو التشويه في الإدراك.
- الانحراف في الوجدان.
- اللجوء إلى سلوك لا يتفق مع الموقف بسبب الجمود الشديد أو الطفلية.

(Masserman, 1955, 212)



وهذا المحك الأخير والخاص بعدم تناسب السلوك مع الموقف مع ما يحدث أحيانا في السلوك العصابي، مما يدعونا إلى مناقشة الفروق، أو العلاقة بين السلوك العصابي والسلوك الذهاني.

ب/ العلاقة بين الذهان الوظيفي والعصابي:

هناك فروق واضحة بين السلوك العصابي والسلوك الذهاني. فالعصابي لا يزال يحتفظ بتماسك الشخصية، وتقوم «الأنا» لديه بكثير من وظائفها وهو مدرك تماما للصعوبات التي تعترض سبيل توافقه، وهو مستبصر بالفروق بين سلوكه وسلوك الآخرين تماما. أما الذهاني فإن التفكك الذي يصيب شخصيته يكون كبيرا بدرجة يعجز معها «الأنا» عن القيام بوظائفه الرئيسية. وتضطرب في الذهان العمليات النفسية الأساسية كالإدراك والوجدان والإرادة. ونتيجة لهذا الاضطراب الشامل فإن علاقة الذهاني بالواقع تختل إلى حد كبير، وقد تنقطع كلية. وكثيرا ما ينسحب الذهاني إلى عالم خاص به يعيش فيه بين أخاييله وهذاءاته.

ويمكن تلخيص الفروق الأساسية بين الذهان الوظيفي والعصاب في جدول ٤-١

جدول (٤-١)

الفروق بين العصاب والذهان الوظيفي

جوانب المقارنة	العصاب	الذهان الوظيفي
- الاستبصار	- الاستبصار جيد إلى حد كبير. - إدراك كامل لسوء التوافق ومعاناة شديدة لذلك، ومحاولات مستمرة لتحقيقه بطريقة مقبولة اجتماعيا.	- نقص شديد في الاستبصار. - عدم إدراك لسوء التوافق وسيادة مشاعر اللامبالاة والتبلد، وبالتالي الفشل الكامل في التوافق.
- الأحكام العقلية	- الأحكام العقلية والمنطقية سليمة.	- تشوه في القدرة على الحكم والاستنتاج الصحيح مع وجود أخاييل وهذاءات.

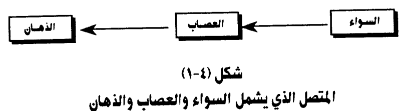
تابع جدول (٤-١)

الفروق بين العصاب والذهان الوظيفي

جوانب المقارنة	العصاب	الذهان الوظيفي
- الوعي العام	-الوعـي بدلالة المواضـعـات الاجتماعية ومحاولة مراعاتها.	- عـدم الوعي بدلالة المواضـعـات الاجـتمـاعـية وبالـتالي الخـروج عليها.
-تماسك الشخصية	- تحتفظ الشخصية بدرجة لا بأس بها من التوافق.	- يحـــدث نـقص فـي تكـامل الشخصية وتتفكك مكوناتها.
- وظائف الأنا	- تقـوم الأنا ببـعـض وظائفـهـا بكفاءة.	- تتـعطل الأنا عـن القـيـام بمعظم وظائفها.
- الرغـبـة في العلاج	- رغبـة شعـورية وسعي أدى إلى التخلص من المعاناة بالعلاج.	- عدم وجود رغبة أو سعي للعلاج نتيجة لعدم الاستبصار بالحالة.
- العلاقة بالواقع	- إدراك سليم في مجـمله للواقع ولكنه في مـحاولات مـسـتمرة للهروب منه؛ لأنه واقع مؤلم.	- إدراك مـضطرب للواقع، وقـد تكون الصلة مقطوعة بالكامل بين المريض والواقع المحيط به.
الأنا الأعلى	- تقوم الأنا الأعلى بوظائفـها في معظم الحالات.	- تتـعطل الأنا الأعلى عن القـيـام بوظائفها بصفة عامة.

ولكن المسألة التي أثارت جدلا بين العـلماء هي طبيعة العلاقـة بين العصاب والذهان. وفي هـذا الصـدد أمـامنـا نظريتـان: الأولى تـرى أنه إذا زادت درجـة الاختلال والاضـطراب في العصاب فإن الأمـر يصل إلى الذهان. ومعنى ذلك أن

أصحاب هذا الرأي يرون أن الفروق بين العصاب والذهان فروق في الدرجة وليست فروقا في النوع أو في الطبيعة. ويمكن تمثيل السوية والعصابية والذهانية طبقا لهذه النظرية باعتبارها مراحل في متصل كما هي في شكل ٤-١.

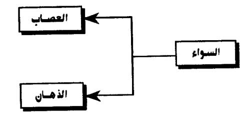


شكل (٤-١)

المتصل الذي يشمل السواء والعصاب والذهان

وفي هذه النظرية إذا لم يجد العصابي العون والمساعدة في الوقت الذي تستمر فيه الظروف والعوامل التي أدت إلى اضطراب سلوكه فإنه قد يتحول إلى الذهان. ويستشهد أصحاب هذا الرأي ببعض الحالات المرضية التي حدث لها تحول من هذا النوع.

أما النظرية الثانية فتذهب إلى أن لكل من العصاب والذهان نشأة مستقلة كما في شكل ٤-٢.



شكل (٤-٢)

النشأة المستقلة لكل من العصاب والذهان

وترى هذه النظرية أن الفروق بين الأعراض العصابية والأعراض الذهانية فروق كيفية وليست فروقا كمية فقط. أي أن الذهاني ليس من الضروري أن يمر بمرحلة السلوك العصابي، وأنه يمكن أن يتحول مباشرة من الحال السوية إلى الحال الذهانية. ويستشهد أصحاب هذه النظرية بوجود حالات مرضية ظلوا عصابيين لفترات طويلة لم تتحسن حالاتهم ولم تتحول إلى الذهان، مما يضعف الرأي القائل بأن هناك انسيابا بين أعراض العصاب وأعراض الذهان، وأن الأولى تتحول مع الزمن -وعدم العلاج الشافي- إلى الثانية.

ح / صور الذهانات الوظيفية:

وتصنف الذهانات الوظيفية إلى ثلاث مجموعات أساسية وهي:

- الاستجابات الوجدانية.
- الاستجابات البارانية.
- الاستجابات الفصامية.

وهناك بالطبع تقسيمات وتصنيفات فرعية في كل مجموعة. ولكننا لن نعالج هذه الاضطرابات على نحو مفصل، ولذا سنشير إلى كل منها باختصار يتفق مع أهداف هذا الفصل.

ح / ١ الاضطرابات الوجدانية:

والاضطرابات الوجدانية Affective Disorders هي الاضطرابات التي تصيب الجانب الانفعالي أو الوجداني. وأشهر صور هذه الاضطرابات هي ما يعرف بذهان الهوس -الاكتئاب Manic- Depressive Psychosis والاكتئاب الذهاني Psychotic Depression وذهان الهوس -الاكتئاب هو ذهان دوري أو نوابي لأن المريض فيه يتراوح بين حالتي الهوس والاكتئاب. وحالة الهوس هي حالة من النشاط الزائد والحيوية الشديدة والمرح الزائد والاندفاع في السلوك بدون روية أو بتفكير سطحي مشوش ثم تعقب هذه الحال حال نقيضة لها، وهي حال الاكتئاب وفيها ينكمش الفرد ويشعر بالجزع الشديد وتقل حيويته ويهبط مستوى نشاطه ويعتزل الناس ويتسم تفكيره بالبطء الشديد، بل وتعم حياته مسحة من البلادة. ويتراوح المريض بين هاتين الحالتين المتقابلتين.

أما في الذهان الاكتئابي فإن المريض يخبر الحالة الاكتئابية السابقة ولكن بدون حالة المرح أو الهوس. فهو ذهان غير دوري يجعل صاحبه سجين الأسى والحزن والقنوط الشديد واليأس الكامل.

وهناك صورة أخرى أقل انتشارا من الاضطرابات الوجدانية وترتبط بالتقدم في العمر وهي الاضطرابات الوجدانية الخاصة بسن اليأس أو ماليخوليا العجز. وهي أنواع من الاضطرابات الاكتئابية يشعر بها الناس في المراحل المتأخرة من

العمر، وهي عند النساء أكثر مما هي عند الرجال. وتكثر الإصابة بها بين النساء بعد سن الخامسة والأربعين، وبين الرجال بعد سن الخامسة والخمسين، وهي اضطرابات كما تبدو ترتبط بالتغيرات الحيوية (البيولوجية) في الجسم فانقطاع الطمث عند النساء والضعف النسبي للحيوية الجنسية عند الرجال، وكذلك التقاعد عن العمل كلها عوامل لها علاقة وثيقة بهذه الاضطرابات.

وفيما يتعلق بالعوامل المرتبطة بالاضطرابات الوجدانية كانت الوراثة من بين العوامل التي يشار إليها في هذا الصدد على أساس أن نسبة الإصابة بين التوائم المتماثلة كانت عالية جدا إذا قورنت بالنسبة التي بين التوائم الأخوية أو بين غير الأقارب، ولكن الحماس قد فتر بالنسبة لدور الوراثة في نشأة هذه الاضطرابات بعد الانخفاض الشديد في انتشارية هذه الاضطرابات، مما يوحي بأنها ترتبط بعوامل ثقافية واجتماعية أكثر من ارتباطها بعوامل الوراثة والعوامل الحيوية.

ومن التفسيرات التي قدمت لهذه الاضطرابات التفسيرات التكوينية أو البنيوية التي ترتبط ببنية الجسم. فهناك بعض النظريات تربط بين الاضطرابات الوجدانية والاكتئاب خاصة وبين النمط المكتز أو البدين في أنماط البنية الجسمية. ولكن هذه النتائج لا تجد تدعيما كافيا من الباحثين الآخرين.

وهناك التفسيرات السيكولوجية والمتمثلة في تطور علاقة الطفل بالوالدين خاصة الأم، وتزداد أهمية هذه التفسيرات وقيمتها بين الباحثين الآن. ومن المتغيرات النفسية التي ترد كثيرا عند الحديث عن الاكتئاب متغيرات مثل: الحاجة إلى الاعتماد والحاجة إلى تقدير الذات. ويفترض أن الطفل الذي يتوقف التدعيم الوالدي له في مرحلة مبكرة، أو أن يكون قد حرم منه تنشأ لديه حاجة إلى المساعدة والعون من الآخرين. وترتبط هذه الاتكالية بنشأة الاكتئاب، وكذلك فإن انخفاض تقدير الذات يزكى المشاعر الاكتئابية.

ومثل كثير من الاضطرابات يفترض أن الاكتئابي لديه سمات شخصية معينة قبل المرض، وهذه السمات من قبل القلق والضمير القاسي وبعض الأفكار الوسواسية. أما من يصابون بالذهان الدوري أي الهوس مع الاكتئاب فربما كان لديهم سمات من قبيل الاجتماعية والإنجاز والطموح والرغبة في تحقيق مكانة طيبة.

على أن اندلاع الذهان الاكتئابي أو الدوري عادة ما يحدث بعد حدوث حادث مفاجئ يكون له وقع شديد على الفرد. وفي معظم الحالات يكون هذا الحادث فقدانا لشيء عزيز على الفرد، كأن يكون فقد شخص عزيز بالموت أو بالرحيل أو بالخلاف، أو فقدان هدف مادي مثل الخسارة المالية الكبيرة، أو فقدان مركز أدبي أو وظيفة اجتماعية.

ج / ٢ الاضطرابات البارانية:

وتقوم الاضطرابات البارانية Paranoid Disorders على أساس تسلط بعض الأفكار على المريض والتي يعتقد في صحتها بعكس ما يحدث في عصاب الوسواس القهري. وهناك صور مختلفة من البارانويا منها الصورة النقية التي تتسم بوجود أفكار غير حقيقية (هذاء)[١] عند المريض، فهو يصدقها ويرفض أي نقد لها رفضا متشبثا. وتشيع هذه الصورة في منتصف العمر بصورة أكبر أي في العقد الرابع، خاصة عند الأفراد المتزمتين والمتقيدين بالعرف والتقاليد والمعايير.

وهناك صورة هذاءات العظمة Delusion of Grandeur[٢] التي يعتقد فيها الفرد أن لديه مواهب عظيمة ومهارات يندر أن توجد عند الآخرين. ولما لم يجد الآخرين يعاملونه على أنه متفوق عليهم، فإنه يعتقد أنهم يحسدونه وأنهم يضمرون له العداء وينكرون مواهبه بسبب عجزهم عن ملاحقته والوصول إلى مستواه.

---

(١) هذاء Delusion معتقد أو نظام من المعتقدات خاطئ أو زائف يرجع إلى مصادر لا شعورية ويبقى على الرغم من عدم المعقولية بل والشواهد التي تدل على عكسه. وقد تكون الهذاءات عارضة زائلة أو ناقصة جزئية كما في الهتر delirium. وقد تكون ذات درجة عالية من التنظيم والقناعة الزائفة كما في الحالات البارانية. ولو أن معظم الهذاءات تقع بين هذين الطرفين. وعلى الرغم من الهذاءات غير مقبولة من الناحية المنطقية وتعتبر من أعراض المرض العقلي (الذهان) إلا أنها -فيما يبدو- تخدم أهداف وحاجات مثل الدعم الانفعالي، وتخفيف مشاعر القلق أو الذنب، أو لوم الآخرين على الأخطاء التي يرتكبها الفرد. ومقاومة مشاعر الدونية وعدم الأمن. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث ١٩٩٠، ٨٩٤).

(٢) هذاءات العظمة Delusion of Grandeur اعتقاد مبالغ فيه بشكل كبير عند الفرد في أهميته الخاصة وفي قوته وثروته أو رسالته في الحياة. وقد يشعر المريض بأنه عالم مرموق أو ثائر عسكري مغوار، أو أنه سليل شخصية تاريخية مثل جنكيز خان أو أنه منقذ الجنس البشري. وهذه الهذاءات -التي يعتقد أنها ردود فعل لمشاعر عدم الأمن أو الذنب- تميل إلى أن تكون عارضة ومختلطة في الفصام الباراني Paranoid Schizophrenia ولكنها أكثر تنظيما واستمرارية في البارانويا وفي الخذل (الشلل الخفيف). (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٨٩٧).

ومن صور البارانويا هذاء الغيرة أو الغيرة الهذائية[1] Delusional Jealousy حيث يميل الفرد إلى الشك في زوجته (أو زوجها) ويفسر كل تصرفاتها والوقائع التي تحدث في بيئته تفسيرا يعزز شكه فهو لديه الفكرة، وهي راسخة، ويريد فقط أن يجمع لها الأدلة والشواهد التي تؤكد صحتها. ولا يجدي مع المريض في هذه الحال نقاش صحة معتقداته أو محاولة تفنيدها. وهناك الهذاء الشبقي والذي يعتقد فيه الفرد أن الآخرين يريدون إغواءه، ويريدون عقد صلات عاطفية معه.

ومن صور البارانويا الشهيرة المنتشرة هذاء الاضطهاد Delusion of Persecution وهي الاقتناع الزائف عند الفرد بأن الآخرين يهددونه أو يتآمرون ضده، وهي أفكار غير صحيحة وليس لها سند في الواقع. ويعتقد أن هذا النمط من الهذاء يتولد في مشاعر المريض بالذنب أو بعدم الإشباع والتي يتبرأ منها ويحولها إلى الآخرين، أي يسقطها عليهم. ويسمى أيضا الهذاء الاضطهادي Persecutory Delusion.

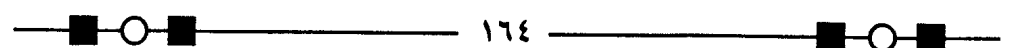
وفي صور البارانويا المختلفة نجد التشبث بالأفكار الخاطئة. ويرى معظم العلماء أن الفرد البارانى لديه نفس النزعات التي ينسبها للآخرين. وهي نزعات غير أخلاقية وغير مقبولة، ولذا فهو ينكرها ثم يكبتها لا شعوريا، وضمانا لعدم كشفها، أو لعدم إيذائه من جراء كشفها فهو يسقطها على الآخرين، ويتبنى شعوريا اتجاهات مضادة لها. إذن فهو «لا يكره الآخرين، بل إنهم هم الذين يكرهونه، في الوقت الذي لا يحمل لهم إلا كل الود.. وهو لا يريد أن يغوي هذه الفتاة، بل إنها هي التي تلاحقه وتريد مصادقته وإغواءه».

ح / ٣ الاضطرابات الفصامية:

الفصام من أكثر مشاكل الطب النفسي وعلم نفس غير العاديين صعوبة، وذلك بسبب المشكلات الأساسية التي لم يتفق عليها العلماء، والتي تمس تعريف

---

(١) الغيرة الهذائية Delusional of Jealousy استجابة غيرة بارانية تتميز بهذاء ثابت مضمونه أن الزوج أو الشريك أو المحبوب غير أهل للثقة. ويقف المريض دائما بالمرصاد لهذه الشكوك حتى يؤكدها ويثبتها، بل ويصطنع الشواهد -إن لم تكن موجودة- على صحتها. في الوقت الذي يصاب فيه بالعمى الكامل للحقائق التي تتعارض مع اقتناعه. وقد سميت هذه الحال من قبل البارانويا العشقية Amorous Paranoia. كما تعرف هذه الحال أحيانا بهذاء الخيانة الزوجية Delusion of Infidelity (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠ ص٨٩٥).



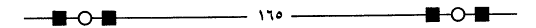
الفصام نفسه، ويرتبط بتحديد الظواهر التي يشير إليها المفهوم. ويتساءل كثير من العلماء والأطباء هل الفصام مرض واحد وله أعراض متعددة مثل بقية الأمراض؟ أم أنه مجموعة من الأمراض والأعراض والاستجابات ويجمع بينها رابطة مشتركة تبرر إطلاق اسم واحد عليها؟ أم أنه مجموعة من الأمراض لا يجمع بينها رابطة ومن التعسف محاولة جمعها معا في مرض واحد؟

وربما كان من عوامل هذا الخلط في تحديد الظواهر التي يضمها مفهوم الفصام هو اتساع المساحة السلوكية والمعرفية والانفعالية التي تشملها الأعراض التي تدخل ضمن الفصام، وكذلك عمق الاضطراب وتفاوته من حالة إلى أخرى. وليس هنا بالطبع مجال لمناقشة هذه القضايا.

وإذا أردنا أن نقدم تعريفا للفصام فسنجد أن معظم التعريفات مثل «ماير- جروس» و«هندرسون» ركزت على الأعراض، وهي كما قلنا كثيرة ومتنوعة ومتداخلة مع كيانات مرضية أخرى. ولذا سنشير إلى تعريف شامل يشير إلى طبيعة المرض وديناميباته. وهو تعريف « سلفانو أريتي» Silvano Arieti فالفصام عنده «استجابة نوعية لحالة شديدة من القلق تتأصل في الطفولة، وتنشط بعد ذلك بتأثير العوامل السيكولوجية. وتتكون هذه الاستجابة النوعية من كثرة تبني الميكانزمات العقلية المنتمية إلى المستويات الأدنى من التكامل. ونظرا لأن النتيجة تكون نكوصا- وليست تكاملا- إلى هذه المستويات الأدنى فإن عدم التوازن يحدث، ويتسبب في نكوص أعمق (Arieti, 1967, 501).

وأعراض الفصام كما قلنا كثيرة ومتعددة وتغطي جوانب كثيرة من الشخصية. فهناك الاضطراب في مجال التفكير، وفي مجال الوجدان، وفي مجال الإرادة، وفي مجال الإدراك. ولذا فإن للفصام تصنيفات فرعية عديدة ولكن أشهر التصنيفات هي الأربعة التقليدية الشهيرة. وهي الفصام البسيط، والفصام الهيبفريني، والفصام البارانى، والفصام الكتاتوني.

وفي تفسير الأعراض الفصامية قدمت كل التفسيرات في مجال اللاسواء النفسي. فالعامل الوراثي له أنصاره، ويحتجون في ذلك بنتائج البحوث التي أوضحت تدرج الإصابة بالفصام مع تدرج العامل القرابي. كما أن نظريات البنية



الجسمية ترشح أصحاب البنية النحيلة لكي يكونوا أكثر من غيرهم استجابة وتعرضا للإصابة بالفصام. كذلك فإن بعض العلماء ربطوا بين التغيرات الهرمونية والأعراض الفصامية. كما أن المتغيرات البيوكيمائية ورسم المخ كان لها أيضا نصيب في تفسير بعض الأعراض الفصامية عند بعض الباحثين.

وهناك التفسيرات النفسية الدينامية. ومنها التفسير التحليلي النفسي التقليدي. فقد أرجع «فرويد» الأعراض الفصامية إلى النكوص إلى أبكر المراحل في الارتقاء النفسي، وهي المرحلة الفمية المبكرة التي تشمل النصف الأول من العام الأول من العمر، حيث لم تتمايز «الأنا» بعد ككيان سيكلوجي له وظائف محددة. وفي النظريات التحليلية الجديدة تطورت النظرة التحليلية فنجد أن أريكسون Erikson في نظريته النفسية الاجتماعية في الارتقاء النفسي يرى أن النمو السوي هو حصيلة الإشباع المستمر والدائم وغير المشروط للحاجات البيولوجية والسيكلوجية للطفل، مما يخلق لديه الإحساس بالأمن و«الثقة» في العام الأول كما يساعده على الإحساس «بالاستقلال» في العام الثاني.

وهكذا فإن حرمان الطفل من إشباع حاجاته الأساسية أو إشباعها بطريقة متقطعة أو بشروط ترتبط بحاجات الأم أساسا أو بطريقة مبالغ فيها فإنه يحرم الطفل من بناء الشعور المستقر بالثقة والأمان والذي هو أساس الصحة النفسية.

د / اضطرابات الشخصية (اضطرابات الخلق):

أما هذا النوع من الاضطراب فكان لابد من افتراضه وإثباته في أدلة التشخيص لأن فئة اضطرابات الخلق Conduct Disorders أو اضطرابات الشخصية أو الطبع Character Disortcler تضم أناسا يتسم سلوكهم باللاسوية أو الشذوذ الواضح، ولكنهم في نفس الوقت يختلفون عن العصابيين، كما أنهم يختلفون عن الذهانيين، وليس سلوكهم ناتجا عن صدمة، في الوقت الذي تختلف فيه أعراضهم السلوكية أيضا عن الأعراض النفسية الفيزيولوجية. وهذه الأساليب السلوكية التي نتحدث عنها تتفاوت وتتباين كثيرا ولكنها يجمع بينها أنها أساليب لا اجتماعية، أي أنها ضد العرف الاجتماعي والقانون الخلقي الذي يحترمه أفراد المجتمع ويلتزمون به.

وهناك ثلاث فئـات أساسيـة يميزهم العلماء تضـمهم هذه الاضطرابات وهم السيكوباتيون والمدمنون والمنحرفون جنسيا. وفيما يلي نبذة قصيرة عن كل منها:

د/١ السيكوباتية:

أما السيكوباتية (Psychopathy) فهي تعبيـر غامض وفضفاض. فالـترجمة الحرفية للمصطلح تعني المرض النفسي أو الاعتلال النفسي. والسيكوباتي هو الفرد الذي نما من الناحيـتين الجسـمية والعـقلية ولكن يبـدو أن الارتقـاء الانفعـالي والاجتـماعي قد توقف أو اعطب في مـرحلة مبكرة من مراحل الارتقـاء الإنساني النفسـي. لأن هذا النوع من الناس يمكن أن يرتكب أفظع الأعمـال في هدوء وبلا مراجعة للذات أو تردد، وكأنه يأتي سلوكا طبيعيا وعاديا.

وأحيانا ما نصادف مصطلحا آخر أحدث يتردد بجانب السيكوباتية وربما أكثر منه وهو السـسـيوباتيـة Sociopathy وهذا المصطلح يتـرجم حـرفيـا إلى المرض الاجتمـاعي أو الاعتلال الاجتـماعي. ويستخـدم المصطلحان أحيانا كـمصطلحين مـترادفين، وإن كـانت السيكـوباتية تطلق على الـسلوك الذي يوجه أسـاسا ضـد الذات، أما السسيوباتية فتطلق على السلوك الذي يوجه أساسا ضد المجتمع.

والسيكوباتي يتسم بنقص النمو الانفعالي وبعـدم الوعي بالمسئولية فضلا عن تحملها، ولا يبدو أنه يستفيد ممـا يمر به من خبرات، ولذا يعاود مرة أخرى الأفعال التي عوقب عـليها، كـما يبحث دائمـا عن المتعـة العاجلة من غيـر تدبر أو توقع للنتائج أو العواقب.

وقد ذكرت تفسيـرات كثيرة لتفسير السلـوك السيكوباتي منها الوراثة، ومنها الاضطرابات في نشاط المخ، أو الخلل في النواحي العضوية العـصبية. ولم يتضح بصورة واضحة أي من هذه العوامل أكثر إسـهاما في السلوك السيكوباتي. كما أن العوامل النفسيـة والاجتماعية لا يمكن أن تكون بعـيدة عن هذا الاضطراب خاصة وأن اكتساب الضمير أو الأنا الأعلى ونموه يتأثر إلى حـد كبير بطبيعة علاقة الطفل بوالديه وبالخبرات التربوية التي تعرض لهـا، والمؤثرات التربوية التي نشأ في ظلها، وأنواع التعلم التي أتيحت له.

د/ ٢ الإدمان:

أما الإدمان فيعني أن الفرد قد تعود على تناول أو تعاطى مواد معينة بحيث أصبح شديد الاعتماد عليها ولا يستطيع أن يستغنى عنها مع إدراكه للمضار والنواتج السلبية التي يتعرض لها من جراء تعاطيها. ولا نريد أن ندخل في تفاصيل كثيرة في هذا الموضوع لا يحتملها المقام. ولكننا نذكر أن هناك اعتيادا سيكولوجيا على بعض المواد كالحشيش والماريجوانا والبانجو، كما أن هناك اعتمادا فيزيولوجيا على مواد أخرى كالأفيون والباربتيورات والأمفيتامينات والكوكايين ومعظم المهدئات، وهي أصعب عند محاولة التخلص منها من الفئة الأولى، كما أنها أكثر تدميرا منها لأن درجة السمية التي تصيب الجسم منها أعلى. ويسبب الانقطاع المفاجئ عن تعاطيها وفاة المتعاطي.

والمواد التي يمكن أن يتعود عليها المتعاطي كثيرة ومتباينة في تأثيراتها على الفرد جسميا وانفعاليا. وفي كل يوم نكتشف أن هناك مواد جديدة يدمنها البعض أو يعتاد عليها. هذا إضافة إلى المواد المخلقة أو المصنعة كيميائيا والتي تزيد زيادة كبيرة نظرا لربحيتها العالية. وأهم المواد المعروفة في هذا المجال هي:

- الخمور والكحوليات: وهي منتشرة جدا في البلاد التي لا يحرم فيها القانون أو العرف تعاطي الخمور.
- العقاقير المنبهة Stimulants Drugs كالكافيين والنيكوتين والكوكايين ومجموعة الأمفيتامينات.
- العقاقير المهدئة Depressants Drugs فتشمل «المخدرات» كالمورفين والهيروين والأفيون ومجموعة الباربتيورات.
- العقاقير مثيرات الأخاييل (المغيبات) Psychedelics Drugs فعلى رأسها الحشيش والماريجوانا وعقار ل.س.د. (كفافي، ١٩٩٣، ٢٨-٢٩)

ورغم أن كثيرا من المدمنين لهم تاريخ سلوكي سوي قبل الإدمان وأن التقليد ومجاراة الأصدقاء وطلب المرح والرغبة في التجريب هي من العوامل التي تدفع

المدمن في البداية إلى تعاطي هذه المواد بجانب تناولها لأول مرة لأسباب طبية (تخفيف الألم أو كعلاج) فإن بعض الباحثين يفترضون أنه ربما يكون هناك سمات شخصية تهيئ صاحبها وتخلق لديه استعدادا لتعاطي هذه المواد والاستمرار في تعاطيها لأن بعض من يتعاطون هذه المواد لأول مرة لأسباب طبية أو للتجريب ينجح في أن يقلع عنها، بينما يفشل البعض الآخر ويستمر في تعاطيها رغم رغبته في الإقلاع. مما يشير إلى أن هناك شخصية مستهدفة أكثر من غيرها لأن «تهرب» إلى المخدرات والمواد المختلفة ومن خلالها من أية صعوبات أو مشاكل تقابلها في حياتها، أو أن المخدرات تخلق لها جوا ومناخا أفضل مما تعيشه في الواقع.

د/٣ الانحرافات الجنسية:

أما الانحرافات الجنسية Sexual Deviations فهي كل ألوان السلوك الجنسي الى تحقق الإشباع بطرق مختلفة عن «الممارسة الجنسية الكاملة والمعتدلة بين رجل ناضج وامرأة ناضجة، وبإرادة الطرفين ولهدف الإشباع العاطفي والتواصل الإنساني بين الجنسين». وعادة ما يقسِّم العلماء الانحرافات الجنسية كما في دليل تشخيص الأمراض إلى:

- الانحراف في المثير الجنسي.
- الانحراف في التعبير الجنسي.
- الانحراف في الموضوع الغريزي.
- الانحراف في مدى الرغبة.

فالانحراف في الموضوع الجنسي مثلما يحدث في الفيتشية[١] Fetishism أو التوثين. وهي أن يثار الفرد بحيازة أي شيء يخص المحبوب، أو لبس ملابس الجنس الآخر (Transvestism) أو حب الملونين من الجنس الآخر.

---

(١) الفتشية، تميمة، أثرية Fetishism هي فرط التعلق الجنسي المرضي بأشياء لها علاقة بالجنس. والفتشية تعني أن صاحبها يحقق الإشباع عن طريق الاحتكاك بقطعة من ملابس المحبوب أو جزء من جسمه كالقدم أو الأذن. وقد يؤدي الإشراط بين الإشباع الجنسي وموضوعات معينة إلى فتشية أو تميمة. وقد يرجع إلى عجز جنسي أو خوف من الإذلال. وهذه اللفظة برتغالية الأصل ثم انتقلت إلى اللغات الأوروبية الحديثة، وتعني أن لبعض الأشياء المادية قوى سحرية خارقة للمألوف. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٢٨٠-١٢٨١)

أما الانحراف في التعبير الجنسي Sexual Expression مثل السادية Sadism وهو التلذذ بالقسوة في مجال التعبير الجنسي، أو الماسوكية Mosochism وهي التلذذ بالألم وتلقي القسوة في مجال التعبير الجنسي، واستراق النظر على من يمارسون الجنس أو إلى الأجزاء الحميمة من جسم أحد أفراد الجنس الآخر Voyeurism والاكتفاء بالنظر كوسيلة للإشباع، أو من يجد لذته في عرض أعضائه الجنسية على أحد أفراد الجنس الآخر Exhibitionism أو الاحتكاك بأفراد الجنس الآخر طلبا للذة والإرواء Frotteurism.

وأما الانحراف في الموضوع الغريزي فيشمل «جماع الصغار» Infantosexuality والجنسية المثلية Homosexuality وهي اتصال جنسي بشكل ما بهدف الإشباع بين فردين من نفس الجنس أي اللواط بالنسبة للذكور والمساحقة بالنسبة للإناث، وجماع الأموات Necrophilia وهي اقتراف الفعل الجنسي مع جثة ميت حديث الوفاة، وهي حالة نادرة الحدوث، وكذلك جماع الحيوانات Bestiosexuality والاستمناء Masturbation وهو الإشباع الشهوي الذاتي.

وهناك كذلك الانحراف في مدى الرغبة الجنسية بالنقصان مثل فقد القدرة الجنسية Sexual Aversion أو النفور منها كالعنة Impotence عند الرجل والبرود الجنسي Frigidity عند المرأة أو الانحراف بالمبالغة والزيادة مثل الإفراط الجنسي أو هوس الجنس والرغبة الدائمة فيه. ويسمى هوس الجنس عند المرأة Nymphomania وعند الرجل Satyriasis[1].

وقد قدمت تفسيرات بيولوچية للانحرافات الجنسية مثل عدم التوازن الهرموني عند الفرد، كما أن هناك بحوثا تشير إلى علاقة الإفراط الجنسي أو هوس الجنس بأمراض المخ وهي نتائج لا تزال تحتاج إلى مزيد من التدعيم. كما أن هناك

---

(١) للمزيد من المعرفة عن مصطلحات ومفاهيم الانحرافات الجنسية يمكن الرجوع إلى: جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي: فمصطلح Sadism (في الجزء السابع)، Masochism (في الجزء الخامس)، Transvestion (في الجزء الثامن)، Voyeurism (في الجزء الثامن)، Exhibitionism (في الجزء الثالث)، Frotteurism (الجزء الثالث)، Infantosexuality (الجزء الرابع)، Homosexuality (الجزء الرابع)، Necrophilia (الجزء الخامس)، Bestiosexuality (الجزء الثاني)، Masturbation (الجزء الخامس)، Impotence (الجزء الرابع)، Frigidity (الجزء الثالث)، Nymphomania (الجزء الخامس)، Satyriasis (الجزء السابع).

تفسـيرات التعلم التي ترى أن الخـبرات المبكرة التي يمر بها الفـرد ويتحقق له فيـها بعض الإشباع تميل إلى أن تثبت، خاصة في غياب الإشباع بالطريقة الطبيعية.

ويربط علماء النفس ذوي التـوجه التحليلي بين الانحرافات الجـنسية وتعطل النمو النفـسي- جنسي عند الفرد. فالمـفروض عند التحليليين خـاصة الأرثوذكس منهم أو الفـرويديين «الأصليين» أن الطفل يمر بمراحل يحـصل فيـها على الإشـباع الشـهوي من الفم ثم من الـشرج ثمّ القـضيب ثم يلـي ذلك مرحلة الكمـون ثم المرحلة الأنسـاليـة الكاملة التي تدمج وتكامل بين الإشـباع فـي المراحل السابقـة. وتوقف النمو النفس- جنسي عند مرحلة سـابقة على المرحلة الأنسالية الكاملة من شأنه أن يجعل الفرد قابلا أو مهيئا للحصول على الإشباع الجنسي بوسائل أو بطرق غير سوية كما في الانحرافات الجنسية سالفة الذكر.

رابعا- اضطرابات ترتبط بأمراض المخ العضوية

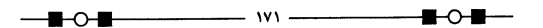
وهي الاضطرابات التي تحدث في الوظائف النفسية والعقلية وتعود إلى عامل محدد ينتمي إلى الجوانب العضوية، كأن يكون تغيـرا بيوكيميائيا أو تغيرا تكوينيا. والوظائف التي تتأثر بهـذه التـغـيـرات العضـوية أسـاسـا هي وظائف الذاكـرة والانفعالات والعمليات العقلية كالتفكير وإصدار الأحكام.

وعادة ما يميز العلماء والمعالجون بين نوعين من هذه الاضطرابات:

النوع الأول : وهو النوع «الحاد» (Acute) الذي يظهر بشكل فجائي وتكون شـخصـية المريض فـيه قـبل المرض عادية، وهو نوع سـريع الشفاء، ونسبة الشفاء فيه عالية أيضا.

النوع الثاني: وهو النوع المزمن (Chronic) وهو الذي ينمو مع نمو المريض، ولذا فإن نسبة الشفاء فيه قليلة ومحدودة.

وفي هذه الاضطرابات نصادف معظم الاضطرابات السلوكـية التي نجدها في الذهان الوظيـفي. والفرق بين هذه وتلك أن الاضطرابات العـضوية التي نتـحدث عنها هنا تعـود إلى أسباب عـضوية. ويصنف العلمـاء هذه الاضطرابات عادة إلى مجموعات حسب مصدر الاضطراب مثل:



- اضطراب التمثيل الغذائي (اضطرابات الأيض).
- نقص الفيتامينات.
- أمراض الغدد الصماء.
- نقص الأكسجين في الدم.
- اضطراب الأملاح والمعادن في الجسم.
- أمراض شرايين المخ.
- الحميات.
- ذهان الحوامل والولادة.
- أمراض الجهاز العصبي.
- الصرع.
- ذهان التسمم. (عكاشة، ١٩٦٩، سوين ١٩٧٩، Okasha, 1971)

خامسا: التخلف العقلي

وهذه هي الفئة الثالثة من الاضطرابات، وتعود إلى النقص في النمو العقلي. فالأفراد الذين توقف نموهم العقلي في مراحل مبكرة يفترض أنهم لن يستطيعوا أن يسلكوا في الحياة السلوك السوي أو العادي مثل بقية الناس، ولن يتملكوا المهارات التي تمكنهم من التوافق السليم، ومن التفاعل الطبيعي مع الآخرين.

وتحدد نسبة ذكاء الفرد طبقا لمقاييس الذكاء. ومقاييس الذكاء في طليعة الأدوات التي تطورت ونمت في أحضان حركة القياس النفسي. ويتألف اختبار الذكاء من مجموعة من المسائل أو المشكلات التي تناسب الأعمار المختلفة. وإذا استطاع المفحوص أن يجيب عن الأسئلة أو أن يحل المشكلات التي تناسب عمره فهو متوسط الذكاء. ومن لا يستطيع أن يجيب عن الأسئلة التي تناسب عمره فهو أقل من المتوسط. وفي المقابل فإن من يستطيع أن يجيب إجابات عن الأسئلة التي تقابل سنا أكبر من سنه فهو فوق المتوسط.

ولن نتحدث عن هذه الاضطرابات بالتفصيل فقد خصصنا الفصل السابع لذوي الإعاقات العقلية كما خصصنا الفصل الثامن لذوي صعوبات التعلم، وكان الفصل التاسع عن الاجزاريون والفصل العاشر عن حالات نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية.

القسم الرابع

أنواع العلاج النفسي

وسنقدم في هذا القسم بإيجاز شديد الملامح الأساسية لثلاثة من التوجهات العلاجية النفسية حسب ما يسمح به المجال. وهي: العلاج التحليلي النفسي، والعلاج السلوكي التقليدي والعلاج السلوكي- المعرفي، ثم العلاج المتمركز حول العميل، وهو لب التوجه الإنساني في العلاج الذي ظهر لينافس التوجهين الرئيسيين التقليديين التحليلي والسلوكي، ومن ثم سمى بالقوة الثالثة في علم النفس.

أولا- العلاج التحليلي النفسي:

اتضح من عرض علية الأمراض النفسية من وجهة نظر التحليل النفسي أن أصحاب هذا التوجه لهم تصور خاص في نمو الشخصية، حيث يرى التحليليون أن الشخصية في نموها تمر في مراحل نفسية ترتبط بأعضاء الجسم، وهي المراحل الفمية والشرجية والقضيبية، ثم مرحلة الكمون فمرحلة الجنسية الراشدة الكاملة أو الأنسالية، ثم إنهم ينظرون إلى الشخصية من الناحية الدينامية أو التفاعلية على أنها تنظيم أبعد ما يكون عن الثبات والجمود، بل إنها تنظيم دائم التفاعل بين المنظمات النفسية الرئيسية وهي: الهي والأنا والأنا الأعلى.

وتمثل المنظمة الأولى (الهي) الدوافع الأولية التي يولد الإنسان مزودا بها. وتمثل المنظمة الثانية (الأنا) الجهاز الذي ينشأ نتيجة احتكاك الكائن بالبيئة، وهو الجهاز الذي ينظم إشباع الدوافع. وتمثل المنظمة الثالثة (الأنا الأعلى) المثل العليا والقيم الخلقية في المجتمع، وقد استدخلها الفرد داخله. وعلى منظمة الأنا إشباع دوافع الهي في الإطار الذي تقبل به منظمة الأنا الأعلى. كما أن هناك المبادئ التي تسير الشخصية في تفاعلها على أساسها وهي مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ومبدأ الثنائية ومبدأ إجبار التكرار.



وقد سبق أن أوضحنا أن نشأة المرض النفسي عند التحليليين النفسيين يتطلب توافر ثلاثة أركان هي التثبيت والنكوص والقابلية للصراع العصابي. ويرى التحليليون أن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة كبت النزعات غير المقبولة من حيث إن الفرد يولد مزودا بطاقة غريزية قوامها النزعة الجنسية والنزعة العدوانية.. وإذا ما حاول الفرد أن يعبر عن هذه النزعات تولد لديه الشعور بالقلق؛ لأنها تصطدم بالمعايير الاجتماعية وبممثلها في داخل الفرد وهي منظمة «الأنا الأعلى».

ومن حيث إشباع الدوافع والتعبير عن النزعات التي يولد الإنسان مزودا بها فإن ذلك محفوف بشروط وقيود يحددها المجتمع ونظم وأساليب تحددها الثقافة التي يعيش الفرد في ظلها. ويحرم على الفرد أن يشبعها خارج إطار هذه القواعد وتلك النظم. وتنشئة الفرد الاجتماعية تتضمن استدخال قواعد إشباع الحاجات، وعلى هذا تكف النزعات الجنسية والعدوانية لأن إشباعها ليس ميسرا دائما حسب شروط الثقافة وقواعدها مما يولد صراعا داخله بين النزعات من ناحية والتحريمات التي استدخلها ويمثلها الأنا الأعلى من ناحية أخرى.

ويدور الصراع على المستوى اللاشعوري في معظمه بين النزعات من ناحية والتحريمات من ناحية أخرى. ويلجأ الفرد إلى الحيل الدفاعية اللاشعورية ليتخلص من القلق والتوتر المرتبط بهذا الصراع أو يخفف منه على الأقل. وهنا، عملية الكبت التي تمارس على نحو لا شعوري أيضا على النزعات المحرمة، وهو ما يجعل الفرد لا يعرف مصدر متاعبه على وجه التحديد، وبالتالي لا يستطيع أن يتعامل مباشرة مع متاعبه. ويبقى المريض لذلك شخصا عاجزا قليل الحيلة إزاء ما يعاني منه، ليس أمامه إلا أن يعبر عن دوافعه عن طريق الأعراض المرضية في الواقع أو عن طريق الأحلام في النوم.

ويستخدم المريض الحيل الدفاعية التي تنجح في إراحته وتخفف من قلقه فيعيد استخدامها ويستزيد منها على نحو أعمق وهكذا. وعادة ما يكون لدى المريض ما يسميه التحليليون المقاومة، وهي مقاومة معرفة طبيعة دوافعه لأنه لا يتحمل هذه المعرفة ويفضل الهرب منها، وتساعده الحيل الدفاعية في جزء من وظيفتها على تحقيق هذا الهرب، وفي الدفاع عن نفسه ضد مشاعر الامتهان في جزء آخر، وفي تحقيق صورة من صور الإشباع في جزء ثالث من هذه الوظيفة.

وهناك عملية الطرح أو التحويل وهي أن المريض يتعامل مع المعالج كما كان يتعامل مع والديه في الصغر، ويتوقع منه ما كان يتوقعه من الوالدين، ولذا يطرح عليه مشاعره التي يكنها لوالديه والتي كبتها والتي ربما لم يستطع التعبير عنها نحوهما. وفي تحليل الطرح يستطيع المعالج النفسي أن يقف على طبيعة مشاعر المريض واتجاهاته نحو والديه، مما يساعده كثيرا في تبين طبيعة مرض المريض وأصول نشأته.

والأسلوب الأساسي عند فرويد في نظامه العلاجي هو ما أسماه بالقاعدة الأساسية في التحليل النفسي وهي التداعي الحر، بمعنى أن يترك المعالج المريض يتحدث بحرية عما يخطر على باله وأن يسترسل بدون قيود، وألا يلزم نفسه بأية قواعد منطقية أو غير منطقية في الحديث، وألا يحاول ممارسة أي نوع من النقد أو التقويم أو الرقابة أو الحظر على ما يرد على خاطره، بل عليه أن يذكر كل ما يرد إلى ذهنه أثناء الجلسة.

ويفترض فرويد أن تحليل نزعات المريض قد يوقف المعالج على بعض ما في لا شعور للمريض من نزعات وتوجهات والسبيل الآخر غير التداعي الحر لمعرفة ما يدور في لا شعور المريض هو تحليل أحلامه، حيث إن المريض أثناء الحلم يعبر عن مكبوتاته وإن كان التعبير يتم بطريقة رمزية ومكثفة لأن الرقابة حتى في حالة النوم لا تنعدم كلية.

ويحتفظ المعالج بحياده العطوف مع مريضه، ولا يحاول أن يذكر شيئا عن حياته الشخصية أو تجاربه الخاصة حتى لا يتأثر المريض بها، وحتى يتأكد المعالج أن ما ينسبه المريض إلى المعالج ليس إلا إسقاطات المريض نفسه، وليست أسرار المعالج كما سمعها المريض منه. وينجح المعالج في التحليل النفسي بقدر ما يدرك الصلة بين أعراض المريض الحالية ومكوناته التي عرفها عن طريق التداعي الحر والأحلام. وعلى المعالج أن يذكر للمريض هذه الصلة، علما بأن المعرفة وحدها لا تكفي للشفاء، بل على المعالج أن يتيح للمريض ويدعوه إلى أن يعيش تجاربه الطفولية مرة أخرى في ضوء هذا الفهم الجديد.

وتجربة العلاج بالتحليل النفسي تجربة طويلة فهي تنجز في حدود العامين، يتقابل فيها المريض المعالج مرتين أو ثلاث مرات أسبوعيا. ولذا فهو علاج طويل



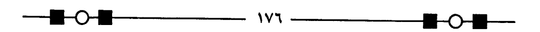
وشاق. كما أن إعداد المعالج النفسي ليكون محللا نفسيا يتطلب عملية تدريب طويلة تقتضي تحليل المعالج نفسه وكأننا نصقل المرآة التي سيرى المريض نفسه فيها. فالمعالج هنا يقوم بدور المرآة التي تعكس للمريض حالته، فلا بد في هذه الحال أن تكون مستوية. وقد دفع هذا الوضع بعضا من أتباع فرويد إلى محاولة ابتداع طريقة مختصرة في التحليل تنفذ من خلال جلسات أقل، وإن كانت تنطلق من نفس المنطلقات النظرية وتستخدم نفس الأدوات وتتبع المنهجية التحليلية النفسية، وهو ما يعرف بالعلاج النفسي ذى التوجه التحليلي Psychochalyticailly Oriented Psychotherapy.

ثانيا - العلاج السلوكي:

المدرسة السلوكية مدرسة بيئة أي مدرسة تعلم. تذهب إلى أن عادات الإنسان ومجمل شخصية مكتسبة من البيئة التي يعيش فيها الإنسان. فالإنسان يولد مزودا ببعض الدوافع، ويعمل على إشباعها بإصدار أساليب سلوكية عديدة. وهذه الأساليب السلوكية الكثيرة «تغربل» فما يصلح لإشباع الدوافع وتحقيق الغاية (وتخفيض القلق والتوتر المرتبط بعدم الإشباع) يبقى وما لا يصلح منها يحذف. ويميل الكائن الحي إلى تكرار الأساليب السلوكية التي نجحت في إشباع الدوافع وتحقيق الغاية. وهذا التكرار هو الذي يعزز السلوك ويقويه ويحوله إلى عادة سلوكية للإنسان. وشخصية الإنسان ليست أكثر من مجموع عاداته في المجالات المختلفة.

وفي التوجه السلوكي يكون السلوك السوي والصحة النفسية أمرا متعلما ومكتسبا من البيئة، وبالتالي فإن المرض النفسي أمرا متعلما ومكتسبا من البيئة أيضا. فكما يتعلم الإنسان السلوك التوافقي الذي يحقق أهدافه فإنه يتعلم السلوك اللاتوافقي الذي يفشل في تحقيق أهدافه. والسلوك المتعلم هو السلوك الذي نال تعزيزا فثبت وأصبح عادة.

واكتساب السلوك اللاتوافقي يحدث تحت شروط التعلم الشرطي الكلاسيكي Classical Conditioning Learning والتعلم الشرطي الفعال أو الإجرائي Operant Conditioning Learning. فالخجل والانسحاب والكف سلوك متعلم حسب ما وفرت البيئة من تعزيز. وتعتمد النظرية السلوكية -أساس العلاج



السلوكي- على تعلم السلوك الذي ينجح في اختزال الحاجة أو تخفيض التوتر. وكل سلوك ينجح في ذلك يكون عرضة لأن يكتسبه الفرد، ويصبح عادة من عاداته وجزءا من شخصيته، سواء كان هذا السلوك سلوكا طيبا أو سيئا، توافقيا أو غير توافقي. وبالتالي يقوم العلاج السلوكي على محو التعلم الخاطئ الذي يقف وراء اكتساب أساليب السلوك اللاتوافقية أو ما يسمى «بالأعراض».

وأساليب العلاج السلوكي تقوم على أساس فك الاشتراط deconditioning بين السلوك ونتائجه. وبالتالي يفقد السلوك فرصة تكراره وتعزيزه وينتهي به الأمر إلى الاختفاء. وعلى هذا فإن العلاج السلوكي لا يلجأ إلى افتراض مؤسسات وقوى نفسية فاعلة مثل «الأنا» و«الأنا الأعلى»، وحدوث عمليات من قبيل الطرح والمقاومة كما فعل التحليليون، ولكنه يعمد مباشرة إلى الطريق والأسلوب الذي تكونت به الأعراض، ويسير في عكس الاتجاه ليمحو أثر هذا التعلم، وتضعف بالتالي الرابطة بين المثير والاستجابة. والعلاج السلوكي يفعل ذلك عن طريق مجموعة من الفنيات يعتمد بعضها على الاشتراط الاستجابي الكلاسيكي، مثل إزالة الحساسية بطريقة منظمة (التحصين المنهجي) Systematic Desensitization، والغمر أو الإغراق Flooding، والعلاج التنفيري Aversive Therapy، وفنيات أخرى تعتمد على الاشتراط الإجرائي مثل ضبط المثير Stimulus Control، وتدعيم السلوك المرغوب فيه Reinforcement for The Desired Behavior، والتشكيل Shapping، والاقتداء أو النمذجة Modeling، والتلقين، والإخفات Prompting and Fading [1] (كفافي، ١٩٩٩، ٢٧٩-٢٨٨).

وقد وصل العلاج السلوكي إلى ذروة نجاحه وانتشاره في ستينيات القرن العشرين، وبدأ ينحسر عنه الضوء بعد ظهور نتائج العلاج السلوكي وتقييمها تقييما شاملا. وتصادف انحسار العلاج السلوكي مع بروز النظرية المعرفية في علم النفس وتبلور معالم الفنيات المعرفية في العلاج النفسي. ووجد علماء النفس السلوكيون في التوجه المعرفي فرصة يمكن الاستفادة منها. واتجه المعالجون السلوكيون إلى العلاج المعرفي Cognitive Therapy الذي ينطلق من فكرة «إذا ما غيّرنا أفكار الناس فإننا نغيّر سلوكهم». وهو توجه يبحث في زيادة فاعلية الفكر وراء السلوك

(١) لمعرفة هذه الأساليب العلاجية يمكن الرجوع إلى كفافي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري. الفصل السادس.

وتعديل الطريقة التي على أساسها يفكر الشخص ليتعدل سلوكه إلى الأفضل. والمنطق وراء هذا الاتجاه هو الصلة التي وضحت بين التسمية Labeling أو الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها وبين استجاباته وسلوكه في الواقع. والمؤثر الآخر القوي وراء ظهور الاتجاه السلوكي المعرفي في العلاج هو العلاج العقلاني- الانفعالي Rational Emotive Therapy الذي ارتبط باسم ألبرت الليز Albert Ellis.

وقد حدث هذا التحول الذي يمثله علاج السلوك المعرفي في غمار التقارب بين الاتجاه السلوكي والاتجاه المعرفي. فقد وجدت السلوكية في النهج المعرفي دعما كبيرا لضمان فاعلية فنياتها. كما أن التوجه المعرفي استثمر الجهد التدريبي الذي توفره الفنيات السلوكية لإحداث التغيير المعرفي وتحويله من تغيير معرفي إلى تغيير سلوكي.

ثالثا/ العلاج المتمركز حول العميل:

يعتمد العلاج المتمركز حول العميل على النظرية التي وصفها «كارل روجرز» في منتصف القرن العشرين وهي أساس التوجه الإنساني الذي تبلور من جهود بعض العلماء مثل «البورت» و«ماسلو» و«روجرز»، وهم علماء جمعهم الاعتراض على كل من التحليل النفسي والسلوكي. وكان لب اعتراضهم على التحليل النفسي أنه نظرية نشأت في أحضان المرض والاضطراب، وليس لها من التجريب العلمي سند كاف. وكان أساس اعتراضهم على المدرسة السلوكية أنها مدرسة تأخذ شكل العلم ولكنه علم قائم نتيجة التجريب على الحيوان بالدرجة الأولى، وهناك من الفروق الأساسية والجوهرية بين الإنسان والحيوان ما يحول دون تعميم ما ننتهي إليه بالنسبة للحيوان على الإنسان. فالحيوان ليس له حرية أو كرامة أو مستقبل أو إرادة. ومن هنا كان حرص علماء التوجه الإنساني على العمل مع الإنسان والإنسان السليم السوي، كما أنهم كانوا ينظرون إلى الإنسان ككائن خيرٍ ويهدف إلى تحقيق مصلحته في إطار مصلحة من يحيطون به.

وقد وجه أصحاب التوجه الإنساني النقد إلى نظريات الشخصية خاصة النظرية السلوكية لأنها لا تتناول السلوك ككل وكتعبير عن الشخصية في موقف معين. وعابوا على هذه النظريات أنها انساقت بدعوى الدقة إلى تجزئة الظاهرة السلوكية. وكان أصحاب مدرسة الجشطلت قبلهم من أقوى الداعمين إلى الحرص على دراسة السلوك بصفته الكلية.

وقد ذهب أصحاب التوجه الإنساني إلى أن المجال الذي يوجد فيه الإنسان يؤثر على إدراكه وبالتالي على سلوكه، فلا يمكن إذن دراسة السلوك بعيداً عن المجال الذي يحدث فيه. ولكن المجال هنا ليس هو المجال الخارجي أو الموجود الموضوعي في ذاته ولكنه المجال كما يدركه الفرد نفسه. أي المجال المدرك وليس المجال كما هو في الواقع والحقيقة، وهو ما يسمى بالمجال الظاهرياتي أو المجال الفينومنولوجي Phenomonological Field. وفكرة المجال الظاهري أو الظاهرياتي هي التي بنى عليها كارل روجرز نظريته في الذات. وقد دخل روجرز ميدان نظريات الشخصية من الباب العلمي التطبيقي حيث ذاع صيته كصاحب أسلوب جديد في العلاج النفسي وهو العلاج المتمركز حول العميل.

والمعالج الروجري يرى أن الإنسان خيِّر، وأن لديه القدرة على أن ينمي ذاته ويرتقي بها، وأن لديه الرغبة في ذلك أيضاً وليست القدرة فقط. والإنسان دائم السعي لتحقيق ذاته. والإنسان عند روجرز يكوِّن عن نفسه فكرة منذ صغره وتتكون هذه الفكرة من تقييمات المحيطين بالطفل وملاحظاتهم حول شخصيته وحول سلوكه وفي مقدمة هؤلاء المحيطين الوالدان بالطبع. وهذه الفكرة هي أساس ما يسمى بمفهوم الذات الواقعي Real self concept أي الذات كما يدركها الفرد، وهناك الذات المثالية Ideal self concept وهي الذات كما يحب الفرد أن تكون عليه ذاته. ويحدث عدم الارتياح عادة عندما لا تتطابق الذات الواقعية مع الذات المثالية. وكلما زاد الفرق بين الذات المثالية والذات الواقعية دل ذلك على رفض الفرد لذاته وعدم تقبله لها.

وبالنسبة للفرد المقدر له أن يضطرب تكون الخبرات الهامة في حياته قد شوهت، أو أنها غابت عن وعيه، إذ إنها لا تتفق مع فكرته عن نفسه أو مفهومه عن ذاته. وعادة ما يقاوم الفرد تذكر الخبرات التي تتصل به إذا كانت تتعارض مع فكرته عن نفسه. والشخص سيئ التوافق هو الشخص الذي يحجب المزيد من الخبرات عن نفسه مع أنها خبرات تساعده على التوافق. وهنا يزداد قلق الفرد ويكون أقل ترحيباً بالخبرات الجديدة. ويؤدي التضارب أو التفاوت بين قدرات الفرد الحقيقية ومفهومه عن ذاته أو قدراته كما يدركها إلى عدم سلوك الفرد بالكفاءة المطلوبة والتي لا تتفق مع قدراته الحقيقية.



ويعمل المعالج الروجرى على خلق المناخ الذي يتيح للعميل Client (و ليس للمريض Patient) أكبر قدر من الحرية والانفتاح على الخبرات الجديدة بلا خوف حتى يحقق أكبر درجة نمو في ظل التقبل من المعالج. والمعالج الروجرى لا يرحب كثيراً بالتفسيرات مثل ما يعمل المعالجون الآخرون من التحليليين والسلوكيين لأن ذلك يعطل رغبة العميل في التساؤل طلبا لإحراز المزيد من التقدم والنمو، وليتمكن المعالج من تفهم لدوافع العميل وحالته ويجعله يكتشف قدراته بنفسه. ويحرص المعالج على أن ينشئ مع العميل علاقة حميمة ودودة وصادقة تقوم على الصراحة منذ البداية، وهذا هو السبيل الذي يجعل العميل قادرا على اكتشاف مختلف جوانب شخصيته تمهيدا لإعادة تنظيمها.

ولذلك فإن العميل في هذا العلاج لا يجد من يساعده على حل مشكلة معينة، وإنما يجد من يساعده على إعادة تشكيل شخصيته بما يجعله أقدر على الفهم الصحيح والواقعي للأمور ومواجهة المشكلات المقبلة مواجهة أكفأ. وقد ذكرت إحدى الباحثات أن ضمان نجاح العلاج الروجرى أو العلاج المتمركز حول العميل رهن بتوافر أربعة مغيرات هي:

- درجة ما أظهره المعالج من الفهم الشعوري
- درجة ما كشف عنه المعالج من تقدير إيجابي غير مشروط للحالة.
- صدق المعالج في العلاقة التي قامت بينه وبين الحالة.
- درجة ما تحقق في استجابات المعالج من عمق التعبير الانفعالي حتى تطابق مع عمق التعبير الانفعالى للمريض (عن سوين،١٩٧٩، ٨٤٥).

القسم الخامس

العلاج النفسي الأسرى

كان من أهم التطورات التي شهدها النصف الثاني من القرن العشرين ظهور اتجاهين رئيسيين في العلاج النفسي، الأول كان بروز الاتجاه المعرفي في فهم ودراسة السلوك المعرفي، وتجليات هذا الاتجاه في العلاج النفسي الذي يعتمد على العلاقة الوثيقة التي اتضحت بين التفكير والسلوك أو بين العمليات المعرفية والعمليات

الانفعالية. ولذا فإن التوجه السلوكي في العلاج تشبث بالتوجه المعرفي «ودعم» نفسه بهذا التيار البازغ القوى. وقد سبق أن أشرنا إلى ذلك في حديثنا عن العلاج السلوكي.

أما التوجه الآخر الهام الذي حدث في العلاج النفسي في النصف الثاني من القرن العشرين -واتضح في الربع الأخير منه على وجه التحديد- فهو ظهور العلاج الأسرى. ويعتمد هذا العلاج على تبين نوعية العلاقة بين الفرد وبين محيطه الأسرى. وما أوضحته نتائج البحوث وممارسات المعالجين معاً من أن الأسرة في معظم الحالات عامل رئيسي في اضطراب الفرد، وبالتالي لا يكون من المنطقي أن ننتزع الفرد من سياقه الأسرى لنقدم إليه الخدمة النفسية بعيداً عن الأسرة. فحتى إذا نجحنا في علاج الفرد على أي نحو من الأنحاء فإنه إذا عاد إلى أسرته والتي هي هام من عوامل اضطرابه، فإنه سينتكس ويعود سيرته الأولى مرة أخرى. وقد تبلور العلاج الأسرى في سبعينيات القرن العشرين، وزاد انتشاره وتضاعف عدد المعالجين المقتنعين بأسسه والمؤمنين بجدواه في العشرين عاما الماضية.

وسنعرض في هذا القسم قبل الأخير من هذا الفصل نبذة عن مولد هذا التوجه العلاجي الذي يتزايد أنصاره، وكيف ظهر وما العوامل التي أسهمت في بلورته.

أولا - رسوخ العلاج الأسرى:

إن المتتبع للتطورات الي ...دثت في الربع الأخير من القرن العشرين فى مجال العلاج النفسي يلحظ أن من أهم التطورات التى سهدها العلاج النفسي في القرن العشرين هي رسوخ العلاج الأسرى بعد أن نشأ وتبلور مع نهايات القرن العشرين. ويمكن التنبؤ بأن هذا النوع من العلاج سينتشر ويذاع بين أكبر عدد من المعالجين في القرن الواحد والعشرين وذلك بعد وضوح أسسه. فقد أوضح رواد هذا النوع من العلاج أنه من الصعب انتزاع الفرد المسترشد أو المريض من بيئته الأسرية وعلاجه أو إرشاده بعيداً عن أسرته. وهي -الأسرة- كما أوضحنا كانت أحد العوامل الفاعلة والأساسية في انحرافه واضطرابه.

فالمنطق يحكم في هذه الحالة أنه إذا كانت الأسرة ضالعة وبسهم وافر في نشأة ونمو اضطراب الفرد فإنه لا ينبغي إهمالها حين البدء في عملية التأهيل إرشاداً كانت أم علاجا. بل يجب أن تكون حاضرة ومشاركة حتى يحدث في بنائها وأسلوبها وتفاعلاتها التغير المطلوب ويكاد أن يكون الاضطراب هنا ليس اضطراب فرد وإنما هو اضطراب أسرة أفصح عن نفسه من خلال أحد أعضائها.



وقد اكتشف المعالجون والممارسون هذه الحقيقة في ممارستهم حيث تحول عدد كبير منهم إلى العلاج الأسرى عندما تبين لهم أن تضمين الأسرة في الموقف الإرشادي أو العلاجي وتبنيهم أساليب ومداخل العلاج الأسرى هو الضمان لنجاح العلاج مع الفرد الذي حددته الأسرة كمريض. وبذلك وقف المعالجون على أحد أسباب أو أحد مصادر عدم كفاءة الأساليب التقليدية في الإرشاد والعلاج التي تهمل الأسرة.

ويقول «دومنيك دى ماتيا» في هذا الصدد وهو مدير مؤسسة العلاج العقلاني الانفعالي في فرجينيا بالولايات المتحدة في تقديمه لكتاب العلاج العقلاني الانفعالي الأسري الذي ألفه كل من شارلس هيوبر Charles Huber، ليروى باروث Leory Baruth فيقول: «إنه خلال الستينيات والسبعينيات كانت المداخل العلاجية النفسية التقليدية تواجه بسيل عنيف من الانتقادات المريرة من المنظرين والممارسين على السواء لأنهم تركوا العلاج النفسي في حالة كاملة من الخلط» Total State of Confusion (Dimattia, 1989, vil).

ونفس المعنى يؤكد عليه جاي هيلى Jay Hley وهو مدير معهد علاج الأسرة في واشنطن وأحد الأسماء اللامعة في مجال العلاج النفسي في تقديمه أيضا لكتاب «ممارسة علاج الأسرة في بيئات مختلفة» الذي ألفه كل من ميشيل برجر، جريجورى فيركوفك وآخرون فيقول: «إن التغيرات السريعة تجعل الأسرة تبحث عن النصح والتوجيه عند ذوي الخبرة، وينبه إلى أن هذه التغيرات المتلاحقة تؤثر على الأسرة وبالتالي على أفرادها. وهذا ما ينبغي أن يضعه المعالجون والمرشدون في اعتبارهم إذا كان لهم أن ينجحوا في علاج وإرشاد مسترشديهم» (Jay Haley, 1984, 1x-x1).

والمراجع الأساسية في علاج الأسرة مثل:

- Golden berg & Golden berg 1991.

Becvar & Becvar 1988.

- Golden berg & Golden berg 1990.

- Piercy Becvar Spoenkle & Wetchler, 1996.

- Hanna & Brawn, 1995.



تبين مدى شيوع وانتشار العلاج الأسري في العقود الأخيرة من القرن العشرين وبالتالي يتوقع زيادة انتشاره وذيوعه مع اقتناع أعداد أكبر من الممارسين به وعند تبين جدوى فنياته ومداخله (كفافي، ١٩٩٩، ٧٧-٨٠).

وقد قال «بكفار» و«بكفار»: «إن بذور حركة علاج الأسرة زرعت في أواخر الثلاثينيات وأوائل الأربعينيات، عندما وجدت التربة الصالحة فإنها ضربت بجذورها في الخمسينيات، وبدأت تتبرعم في الستينيات، وأخيرا ازدهرت في السبعينيات» (Becvar & Becvar, 1988,1). والقول صحيح في مجمله على الرغم من أن هناك بعض التعسف الذي يترتب على ربط عملية التطور بالعقود الزمنية. كما يظهر قدر من التعارض في الكتابة عن تاريخ علاج الأسرة وتطوره، وربما كان ذلك نتيجة لأن بعض هذه الكتابات اضطلع به الذين صنعوا هذا التاريخ، ومن الطبيعي أن يركز كل منهم على أعماله، أو أن ينظر إلى المسائل من وجهة نظره الخاصة (كفافي، ٢٠٠٣، ٢٧٢).

ثانيا- عوامل أسهمت في تبلور علاج الأسرة:

ويمكن أن نشير إلى أهم العوامل التي أسهمت في تبلور العلاج الأسري في العوامل الآتية:

١/ السبرانية:

والسبرانية أو السيبرنطيقيا Cybernetic أو ما يمكن تسميته بعلم الضبط أو التحكم Control. وهي نظرية في السلوك تنسب إلى عالم الرياضيات نوربرت فاينر (Norbert wiener) وتهدف إلى الدراسة العلمية للاتصال والضبط، كما يطبق على الآلات والكائنات الحية. فكما أن الجهاز العصبي هو الذي يضبط ويوجه الجسم فإن الإنسان يمكنه أن يضع أجهزة تحاكي الجهاز العصبي، أي أجهزة تضبط العمليات نفسها. ومن هنا جاء اختراع التحكم الآلي، كما تهتم السبرانية في علم النفس بدراسة أثر الآلات على الإنسان والكائنات الحية. ويذكر فاينر أن عددا كبيرا من العلماء الذين ينتمون إلى مجالات علمية مختلفة كالرياضيات والفيزياء والفيزيولوجي والاقتصاد وعلم النفس، بل والتشريح والهندسة وعلم الاجتماع أسهموا في تنمية الحركة السبرانية.

والسبـرانية كما يـقول بكفار وبكفار «تـهتم بالتنظيم Organization والنمط Patternوالعملية Process أكثر مما تنشغل بالأمر Matter والمادة Material والمحتوى Contect أي أنها على حـد تعبيـر «أشبي» (Ashby) لا تعالج الأشيـاء وإنما تهتم بطرق السلوك وعمل الأشياء (Becvar & Becvar, 1988, 16) والتأثير الذي تركته السـبرانية فـي مجال دراسـة السلوك الإنسـاني وطبيـعة التـفاعلات في الانـساق الاجتـماعية وخـاصة النسق الأسري. إنهـا تهتم بعمليـة تجهيـز المعلومات وأنماط الاتصال، حـيث اهتمت الحركة منذ بدايـتها بدراسة ومـقارنة الآلات مع الكائنات الحية في محاولة لفهم الأنساق المعقدة والتحكم فيها.

ب/ الحرب العالمية الثانية:

يمكننا إجمال الآثار التي تركتها الحرب العالمية الثانية (١٩٣٩- ١٩٤٥) والتي أسهمت في نشأة وعلاج الأسرة ونموه فيـما يلي، مع ملاحظة أنها تغيرات مرتبطة وإن بدت منفصلة.

ب/ ١ نمو علم النفس الاجتمـاعي والتركيز على الظاهرة الاجتمـاعية بدلا من الظاهرة الفردية، والـتحول من دراسة الفـرد كفرد إلى دراسـته كوحدة في السيـاق الاجتماعي النفسي، إلى دراسـة الجماعات إلى دراسة شبكات العلاقات الاجتماعـية الأكبر كما تقول «سو والراند- سكنر» (Sue Walrand Skinner, 1977, 1) في مقـدمة كتـابها عن علاج الأسرة.

ب/ ٢ التقدم التكنولوجي الهائل والذي تمثل في تطور صناعة الحاسبات الآلية واستخداماتها، والتي اشتقت من علم تحليل الأنساق أو النظم System analysis ونظـــــرية الاتصـــالات Theory of Communication. وهذا التطور كمـا يبدو غيـر مقطوع الصلة بنشأة الحـركة السبـرانية ونموها.

ب/ ٣ نمو المداخل البينـية في العلم Interdisciplinary Approach فالمعـتاد في الجامعـات ومراكز البحوث أن يتم البحث العلمي فـيها في إطار التخصـصات المختلفة، وهي نطـاقات وأطر تزداد ضيقا وتـفرعا مع

التقدم العلمي. ولكن ما حدث أثناء الحرب العالمية الثانية أن جهودا مختلفة لعلماء متباينين في تخصصاتهم تضافرت معا لتقدم الحلول لبعض المشكلات أو لتطوير الجهد الحربي. وبذلك تم الاتصال والتعاون الفعالين بين علماء تتقاطع تخصصاتهم ويعتبر كل منهم بعيدا عن الآخر من الناحية التقليدية.

وقد حدث هذا بين علماء ينتمون إلى العلوم الاجتماعية والعلوم الفيزيقية. وكان نوربرت فاينر رائد الحركة السبرانية واحدا من هؤلاء ونموذجا جيدا للمدخل البيني العلمي. وعلى الرغم من أن أهداف هؤلاء العلماء كان تحسين التكنولوجيا الحربية فإن مفاهيم جديدة قد انبثقت من جهودهم البحثية. واهتم «فاينر» و«فون نيومان» بصفة خاصة بدراسة الكائنات العضوية والآلات معا. واقتنعا بما في ذلك من فائدة حتى أنهما أسسا جماعة صغيرة لتطبيق أفكارهما بعد انتهاء الحرب[١].

القسم السادس

تأهيل المرضى النفسيين والعقليين

أولا - محكات تمييز المرضى العقليين المستحقين للتأهيل:

ونقصد هنا المرضى النفسيين الذهانيين (Psychotics) والمزمنين منهم بصفة خاصة. وهم المرضى ضحية الأمراض العقلية الشديدةSevere Mental Illness) (SM1) وهناك عادة ثلاثة محكات لهذه الفئة من المرضى المستحقة للتأهيل النفسي وهي : (Goldman, 1984)

المحك الأول: أن تتطابق الحالة مع أحد التشخيصات الموجودة في أدلة التشخيص الطب نفسية مثل المراجعة الراجعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي على وجه التحديد.

المحك الثاني : العجز Disability الذي يتضح من خلال الضعف والخلل في الأدوار الهامة التي كان يقوم بها الفرد والتي تؤثر بالتالي على العلاقات الاجتماعية والعمل وكيفية قضاء وقت الفراغ والعناية بالذات.

(*) للمزيد من المعرفة عن العلاج الأسري من مختلف جوانبه يمكن الرجوع إلى: كفافي: الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر العربي. القاهرة ١٩٩٩.

المحك الثالث: مدة الحالة المرضية Duration والذي يمكن قياسه من خلال الاستمرارية الزمنية منذ بداية الأعراض. وبداية تكفي العلاج.

وتشير أحدث الإحصاءات إلى وجود ما يقرب من خمسة ملايين شخص في الولايات المتحدة أي بنسبة أقل من ٢٪ من مجموع السكان الكلي، يعانون من حالات الأمراض العقلية الشديدة (SMI) وقد تقدمت الخدمات التأهيلية والعلاجية للمرضى العقليين خلال النصف الثاني من القرن الماضي بصورة سريعة وبمستوى علمي متطور جدا، ومن خلال الاكتشافات المتطورة للعديد من الأدوية العلاجية للأمراض العقلية والنفسية.

ثانيا- العقاقير الطبنفسية:

وقد أصبحت أدوية الانقباضات العصبية[1] Neuroleptics (اضطراب عصبي يتصف بنقصان النشاط الحركي والانفعالي وبعدم الاكتراث بالمثيرات الخارجية وتناقص القدرة على القيام بالأعمال التي تستلزم تآزرا حركيا جيدا) والمضادات الاكتئابية Antidepressants وأدوية المحافظة على استقرار الحالة المزاجية Stabilizing- Mood medications الدعامة الرئيسية لعلاج المرضى المصابين بالأمراض العقلية الشديدة (SMI). كما استمرت عملية الاكتشافات الحديثة للأدوية مع تطور الأدوية العلاجية غير النمطية المضادة للتوهان Atypical ant psychotics (مثل كلازابين Clazapine، ريسبيريدون Resperidone، أولانزابين Olanzapine) التي تعالج حالات الفصام. Weiden, Standard & Aquila 1996 والأدوية المانعة لعملية الامتصاص والتمثيل الغذائي الانتقائي لمادة السيروتونين The Selective Serotonin reuptake inhibitors (مثل فلوكسوتين Fluoxetine) التي تعالج حالات الاكتئاب Gold, 1996).

وعلى الرغم من الآثار الفعالة القوية لهذه الأدوية على التقليل من الآثار

---

(١) المتقبضات العصبية أو العقاقير العصبية المهدئة Neuroleptics هي مجموعة من العقاقير تشكل المهدئات الأساسية وتستخدم كتطبيب مضاد للذهان، وهي عادة تتحكم في النشاط النفسحركي. وتستخدم هذه العقاقير في علاج الحالات الهوسية والفصامية. (جابر، كفافي ، معجم علم النفس والطب النفسي- الجزء الخامس، ١٩٩٢، ٢٣٧٨-٢٣٧٩).

والنتائج الحادة للاضطراب وعلى تخفيض القابلية للانتكاس فإنها (أي الأدوية) بمفردها لا تعتبر علاجا كافيا للاضطرابات العقلية الشديدة. ومن الأمثلة على بعض الاضطرابات النفسية الاجتماعية الملازمة للأمراض العقلية الشديدة والتي لا تتصدى لها الأدوية ولا تؤدي إلى التخفيف منها هي:

- البطالة Unemployment
- العزلة Isolation
- عدم كفاءة الدعم الاجتماعي In adequate Social Supports
- القابلية المرتفعة للضغوط Vulnerability to Stress
- الظروف المعيشية المتدنية Substandard Living Conditions
- التشرد Homeless
- الإيداع في السجون In carceration in jails and prisons

بالإضافة إلى الأعباء الثقيلة البالغة التي تقع على كاهل الأهل والأقارب والذين يولون رعاية المريض العقلي. ويوجد ما يكاد أن يكون اتفاقا عاما على أن الأدوية تعمل بشكل أفضل مع هذه الفئة إذا استخدمت هذه الأدوية مع التدخلات العلاجية النفسية الاجتماعية العملية Practical Psychosocial intervention .(Hogarty, et. al, 1973)

ثالثا- مفهوم عملية التأهيل الطب نفسي:

ويشير مصطلح التأهيل الطب نفسي Psychiatric rehabilitation والذي يطلق عليه أيضا التأهيل النفسي الاجتماعي Psychosocial rehabilitation إلى الجهود العلاجية للمصاعب النفسية الاجتماعية المتلازمة مع حالات الأمراض العقلية الشديدة (SMI). وقد وضعت لهذه العملية العديد من التعريفات. ومن هذه التعريفات التعريف الذي قدمه كل من أنطوني، كوهين، فوركاس ١٩٩٠ Athoney, Cohn, Forkus 1990 والذي يتضمن أن التأهيل الطب نفسي عبارة عن مساعدة الأشخاص الذين يعانون من إعاقات عقلية طويلة الأمد على زيادة وتحسين مستوى أدائهم الوظيفي بحيث يتمكنون من النجاح والرضا في البيئات التي يختارها مع أقل حد ممكن من التدخل العلاجي المتخصص المتواصل.



أما روتمان Rutman, 1993 فقد عرف التأهيل الطب نفسي بأسلوب عملي ملموس كالتالي: التأهيل الطب نفسي هو منح الأشخاص المصابين بإعاقات عقلية الفرصة للعمل، والعيش في المجتمع، والاستمتاع بالحياة الاجتماعية حسب مقدرتهم وكفاءتهم، وذلك من خلال الخبرات المخطط لها، ضمن جو ومناخ يسوده الاحترام والدعم والواقعية.

ومن التعريفات الشارحة للعمليات المتضمنة في التأهيل الطب نفسي للمرضى العقليين ذلك التعريف الذي يذهب إلى أن التأهيل الطب نفسي هو عملية تيسير عودة المرضى العقليين إلى المشاركة الكاملة في أنشطة المجتمع المحلي، بعد تلقي العلاج في المستشفى كبيئة علاجية منظمة. وتبدأ هذه العملية قبل الشفاء التام، وتتألف من برامج أنشطة. وحكم ذاتي من المرضى وجماعات مناقشة تستهدف إعدادهم للحياة المستقلة البناءة. وبعد خروجهم من المستشفى توفر لهم التسهيلات الانتقالية وهي برامج رعاية بعدية. ويقوم عندئذ جهاز إعادة التأهيل الحكومي وعلى مستوى المحافظة أو الولاية بدوره، وتتحقق إعادة التوافق بمساعدة المرشدين المهنيين والمختصين في التشغيل والتوظيف والأخصائيين الاجتماعيين. (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٣٠٤٦).

ويلاحظ أن في الممارسة العملية لمساعدة المرضى العقليين تندمج المعالجة مع التأهيل Treatment and rehabilitation سويا ويتحدان معا. ويشير مصطلح معالجة بصورة خاصة في التعامل مع هذه الفئة من المرضى العقليين إلى جهود العلاج النفسي والعلاج بالأدوية الطبية، في حين يشير مصطلح التأهيل إلى التدخلات المؤدية للمساعدة في التوظيف Employment والإسكان Housing والأبعاد الأخرى المتعلقة بمسئوليات الفرد المريض المرتبطة بالمجتمع. كما يستعمل مصطلح «العميل» للإشارة إلى تلقي الخدمة العلاجية والتأهيلية.

رابعا- المفاهيم الأساسية المتضمنة في عملية التأهيل:

كما هو معروف في علم النفس التأهيلي يركز التأهيل الطب النفسي بصورة خاصة على أهمية التدخلات Interventions والتقييمات Assessments وعمليات التخطيط Planning والتفريد Individualizing (أي على المستوى الفردي). كما



تركز عملية التأهيل على نقاط القوة عند العميل وتضعها في اعتبارها وتعطي أهمية بالغة للعلاقة العلاجية Therapeutic relationships (Rapp, 1998).

ويلاحظ أن العديد من المفاهيم التي سترد في هذه الفقرات تصلح لجميع مناهج التأهيل لمجموعات أخرى من العملاء أو من الأمراض. وعلى الرغم من تنوع المناهج التأهيلية (معرفية سلوكية/ سلوكية/ مهارات اجتماعية) فإن معظم أخصائي التأهيل الطب نفسي يخضعون لمجموعة واحدة من المبادئ الإرشادية في عملهم مع المرضى العقليين (Canaan, et. al, 1990) ومن هذه المفاهيم والمبادئ ما يأتي:

أ- المبدأ العملي الواقعي (البرجماتية) Pragmatism: يركز أخصائيو التأهيل الطب نفسي على المشكلات العملية والواقعية التي يعاني منها المرضى العقليون في حياتهم اليومية، حيث يتم تنظيم الخدمات التأهيلية استنادا إلى تحقيق أهداف نوعية معينة وحقيقية ملموسة يمكن الوصول إليها بشكل واقعي.

ب- الانتباه إلى تفضيلات العميل Attention to Client Preferences: يتم وضع برامج التأهيل الطب نفسي على ضوء تفضيلات العملاء، فعلى سبيل المثال تتم مساعدة العميل في الالتحاق بالعمل الذي يرغب في ممارسته، كما تقدم له المساعدة على اقتناء نوع السكن والمنزل الذي يفضل الحياة به (Carling, 1993).

ج- التقييم الموقفي والوظيفي Situational and Functional assessment: يقوم أخصائيو التأهيل الطب النفسي باستخدام مناهج معدة سلفا، وجاهزة لتقييم قدرات العميل. ويشير مصطلح التقييمات الموقفية إلى إجراء ملاحظة العملاء في مواقف حياتية واقعية وحقيقية مما يؤدي إلى توفير معلومات أكثر فائدة من تلك التي يمكن الحصول عليها بواسطة تطبيق المقاييس المعيارية لتقييم القدرات. كما يشير مصطلح التقييمات الوظيفية إلى الإجراءات المتبعة لتحديد النقص في المهارات Skill deficits والتي يحتاج أخصائيو التأهيل إلى التعرف عليها (أي المهارات التي تعرضت للخلل والضرر بسبب المرض العقلي) لوصفها كأهداف سلوكية تسعى برامج التأهيل لتعويض ومعالجة النقص فيها.

د- التدريب على المهارات Skill Training: تؤكد معظم مناهج التأهيل الطب نفسي على مساعدة العملاء على اكتساب المهارات اللازمة للوصول إلى حالة من التوافق مع المجتمع وعلى حسن استخدامها لتحقيق هذا الهدف. وتتفاوت طرق التدريب على المهارات الضرورية للتوافق النفسي والتوافق الاجتماعي من الطرق غير الرسمية Informal methods إلى الطرق التجريبية إلى المناهج السلوكية المبنية بشكل منظم ومحكم. كما تختلف أماكن التدريب على المهارات المطلوبة فبعض الخبراء في التأهيل الطب نفسي يفضلون القيام بتدريب العملاء في الأماكن الحقيقية التي ستستخدم فيها المهارة المطلوب اكتسابها. ويعتبرون أن هذا الأسلوب أكثر جدوى وفاعلية، وفي حين يفضل البعض القيام بعملية التدريب في مراكز وعيادات التأهيل النفسي، أي في الموقف العيادي.

هـ- التعديل البيئي Environmental Modification: تؤكد مناهج التأهيل الطب نفسي على أهمية اختيار وتغيير البيئات الخاصة بالمرضى العقليين من أجل زيادة واحتمالية نجاح العملاء في البرنامج التأهيلي ورفع إمكانية تعديل سلوكهم باتجاه التوافق مع أنفسهم ومع المحيط بهم.

كما يتضح التعديل البيئي في عملية مساعدة العملاء على الانتقال من أماكن وأوضاع معيشية مثقلة بالانفعالات والآثار الانفعالية (مثل الأسرة غير المتفهمة والمؤدية إلى زيادة مشكلات العميل، أو الزوجة التي لا ترغب في أن تعيش مع زوج ذهاني وتعايره بمرضه). هذا المبدأ يظهر بشكل واضح وينسجم مع الفلسفة التي وضعها القانون الأمريكي للمعوقين لعام (The Americans with Disabilities Act, A DA, 1990)1990 الذي يوجه أصحاب العمل إلى القيام وتحت ظروف معينة خاصة بتوفير تسهيلات تحرك وإقامة مناسبة للعملاء الذين يعانون من الإعاقات بمختلف الأنواع، مثل تأمين الأبواب المناسبة للكراسي المتحركة، ومراعاة طول وارتفاع المكاتب والتأكد من توافر شروط الأمان الجسمي والصحي والنفسي، وعدم إبقاء المريض العقلي في مكان واحد مع زميل العمل الذي يستثيره ولا يراعي حالته).

و- تكامل برامج التأهيل والعلاج Integration of Rehabilitation and Treatment programs: لقد أدت الممارسات التقليدية التي تفصل بين التأهيل المهني للمرضى العقليين وعلاج الصحة العقلية لهم إلى تقديم خدمات جزئية وضعيفة، وإلى نتائج توظيف سيئة (Noble, et. al, 1997) وقد توصل العديد من الباحثين إلى أهمية وفاعلية التدخلات التأهيلية للمرضى العقليين عندما يتم التنسيق بين برامج العلاج وبرامج التأهيل.

ز- استمرارية الخدمات Continuity of services: تعتبر المحافظة على استمرارية توفير الخدمات عبر الزمن للمرضى العقليين مبدأ أساسيا مهما (Test, 1979) وذلك من خلال تقديم الدعم النفسي والطبي المبرمج زمنيا بصورة مسبقة، وهو التوجه الذي يجمع الخبراء على اعتباره عنصرا رئيسيا في نجاح برامج التأهيل الطب نفسية. وتعتبر التدخلات التأهيلية محدودة الزمن Time- limited غير فعالة Ineffective لأن المرض العقلي الحاد (SMI) يعتبر من الإعاقات المزمنة والطويلة الأمد.

ح- التكامل مع المجتمع Integration with Community: يتبنى التأهيل الطب نفسي مبدأ جعل المريض العقلي يعيش بشكل طبيعي (تطبيع Normalization)، وذلك من خلال مساعدة العملاء على التحول عن القيام بأدوار المرضى والإقلاع عن التردد على مراكز العلاج وترتيبات الإقامة السكنية في مناطق معزولة، وعن العمل في الأعمال المتمتعة بحماية خاصة Sheltered Work وتشديد ورقابة صارمة، ومن خلال حيل هؤلاء العملاء يتحولون ويتجهون نحو أدوار الراشدين الطبيعية والإدارة الذاتية للمرض العقلي Illness self- management في مجتمعاتهم الأصلية. وقد أثبتت الدراسات التي انطلقت مع هذا المبدأ أن برامج الرعاية والمعالجة النهارية في طريقها إلى الزوال وحل محلها برامج لمساعدة العملاء في الحصول على فرص عمل في المجتمع. والتوصل إلى نتائج إيجابية لصالح العملاء والأسر وفريق الصحة النفسية (Drake, 1998- a).

خامسا- نتائج برامج التأهيل على المرضى:

ويمكن أن نشير إلى أهم نتائج تطبيق برامج التأهيل الطب النفسي فيما يلي:

أ- انخفاض معدل استخدام المستشفى: Reduction of Hospital use

أظهرت نتائج الدراسات أن المناهج العديدة للتأهيل الطب نفسي تؤدي إلى التقليل من التردد على المستشفيات العقلية أو في قصر مدة البقاء فيها إذا ما تطلب الأمر دخول المستشفى. والعلة هنا تشمل كلا من احتمال دخول الفرد إلى المستشفى وقلة عدد أيام الاستشفاء إذا اضطر إلى دخول المستشفى.

ويوجد دليل قوي على كفاءة برامج التأهيل الطب نفسي المستندة إلى نموذج العلاج التوكيدي (الثقة بالذات أثناء التعامل مع المجتمع (Assertive Community Treatment (ACT) (Muser, Band, et. al, 1998) (Stein & Test 1980) وهو عبارة عن منهج فردي شامل للعلاج والتأهيل والذي يستخدم فيه التدرب على الثقة بالذات Assertiveness Training [1].

ويتم تنفيذ منهج التدريب على الثقة بالذات أو منهج التدرب على التوكيدية باتباع أسلوب معدلات الأعداد الصغيرة جدا من العملاء الذين يعمل معهم عدد كبير من الفريق التأهيلي بالإضافة إلى الانتباه لتفاصيل الحياة اليومية للعميل والاهتمام بها، والاتصال المتكرر مع العملاء، مع توفير الخدمات التأهيلية غير المرهونة بزمن أو بمدة محددة. ويعمل في هذا المنهاج التوكيدي فريق معالجة مهني متعدد التخصصات مؤلف من التخصصات المهنية العلاجية المختلفة التي تجري معظم اتصالاتها بالعملاء في منازلهم وأماكن إقامتهم بدلا من جلبهم لمركز الخدمة التأهيلية. (Test, 1992)

وإضافة إلى النتيجة الأساسية لبرامج التأهيل الطب نفسي والمتمثلة في انخفاض معدل الاستشفاء أو استخدام المستشفيات والتردد عليها بصفة عامة فإن هناك ثلاث نتائج أخرى فرعية تتمثل في:

---

(١) التدريب على الثقة بالذات Assertiveness Training : أسلوب من أساليب العلاج السلوكي لتحقيق التغير في الأنماط الانفعالية والسلوكية بتدريب المريض أن يثق في نفسه. وعلى سبيل المثال فإن المريض الهياب سوف يخف قلقه إذا بدأ يدرك أن التعبير عن انفعالاته أمر سليم، وإذا وضح له كيف يسلك على نحو فيه تأكيد لذاته بدرجة أكبر في المواقف المختلفة كأن يشكو من الخدمة السيئة وتأديب مرءوس أو التعبير عن تقدير. وكثيرا ما يستخدم لعب الأدوار أو التمرين السلوكي «بروفة behavioral rehearsal لكي يعد المريض لمواقف الحياة الحقيقية. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول ١٩٨٨، ٢٧٠).

- برامج إسكان أصحاب الأزمات (Stroul, Crisis housing programs 1988).

- مجموعات المساعدة الذاتية للعميل المستهلك (Tlainor, et. al 1997) Consumer self- help Groups.

- أندية المنازل Clubhouses (Stroul , 1980).

وقد أدت هذه التيسيرات إلى التقليل من استخدام العملاء من المرضى العقليين للمستشفيات.

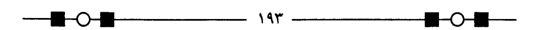
ب- التحسن في وضعية الحياة المستقلة:

تشير الدراسات إلى اتباع منهج المعالجة التوكيدية في المجتمع Assertive Community Treatment (ACT) يؤدي إلى زيادة الاستقرار في مكان السكن Stability of Housing ويقاس الاستقرار السكني بالمدة الزمنية التي يمضيها العميل في المنزل الواحد Mueser, et. al 1998، كما تؤدي برامج التأهيل الطب نفسي المختلفة الى تحسين مهارات الحياة المستقلة (وهي عبارة عن مهارات التسوق والطبخ وقيادة السيارات وما إلى ذلك..).

ج- زيادة نتائج التوظيف التنافسي:

تشير نتائج الدراسات الحديثة أيضا والتي انصبت على آثار المناهج التأهيلية للمرضى العقليين على قدرتهم على الاستقرار والمحافظة على شروط الاستمرار في الوظائف المختلفة إلى أن ٥٨٪ من العملاء المستفيدين من برامج التوظيف المدعوم قد حققوا شروط العمل التنافسي مقارنة بـ ٢١٪ من المجموعة الضابطة، بالإضافة إلى وجود مؤشرات أخرى على النجاح المهني (مثل الحصول على مكافآت في العمل وحوافز بسبب التميز في نوعية الأداء والاستقرار الوظيفي). ويشير مفهوم التوظيف المدعوم Supported Employment إلى نوع من الخدمات التأهيلية المقدمة للمرضى العقليين في مجال التوظيف والعمل والذي وضع بديلا عن أسلوب التوظيف المحمي أو المتمتع بالحماية Sheltered Work.

ويعتبر نموذج التسكين والدعم الفردي Individual Placement and Support (IPS) والذي قدمه كل من «بيكر» و«دريك» Becker & Drake عام ١٩٩٣، من أفضل الصور المتمثلة لهذا النوع من البرامج المقدمة للمرضى العقليين في مجال العمل. ويستند هذا النموذج إلى الأسس التالية:



- اعتبار التوظيف التنافسي هو الهدف النهائي للبرنامج.
- البحث السريع عن العمل.
- التكامل بين التأهيل والصحة النفسية.
- الاهتمام بتفضيلات وصول العميل المستهلك للخدمة.
- التقييمات الشاملة والمستمرة للعميل.
- الدعم غير المرتبط بزمن محدد.

وتقدم هذه البرامج (برامج التوظيف المدعوم) للمرضى العقليين الذين يعانون من أمراض عقلية حادة حيث يتم إلحاقهم بأعمال ووظائف مدفوعة الأجر في مواقف طبيعية بين أفراد أصحاء مع توفير خدمات دعم مستمرة).

د - التحسن في المهارات الاجتماعية:

توصل دلك، بوند Dilk & Bond, 1996 في تحليلهما لنتائج ٦٨ دراسة إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية كان أسلوبا فعالا في مساعدة الأفراد الذين يعانون من أمراض عقلية حادة على اكتساب المهارات الاجتماعية الضرورية لزيادة توافقهم النفسي والاجتماعي وبشكل خاص مرضى الفصام (Mueser, et. al .1997)

هـ- التقليل من الأعراض العقلية المرضية:

تؤكد الدراسات التجريبية على فعالية البرامج التأهيلية في مساعدة المرضى العقليين على التحسن الصحي، وعلى الدور المباشر الذي تلعبه في التأثير على الأعراض المرضية، وخاصة برامج التوكيد مع المجتمع والتدريب على المهارات الاجتماعية. ويرتبط التأثير والتحسن والمتمثل في تراجع الأعراض المرضية بتوفر شروط المراقبة الذاتية الجيدة للالتزام بالأدوية التي تعززها الأساليب التأهيلية السابق الإشارة إليها وجهود التعليم النفسي المتضمنة في البرامج التأهيلية، حيث تبين فاعلية هذه البرامج في تحسين مهارات المواجهة والتعامل مع الأعراض المرضية.

و- التحسن في نوعية الحياة الذاتية: (كما يراها العميل)

دعمت نتائج الدراسات التقيمية للبرامج التأهيلية القائمة على التدريب على استخدام الأسلوب التوكيدي في المجتمع والتي اعتمدت أساليب قياس قائمة على

التقرير الذاتي Self Report Instruments. وقد تأكدت فاعلية هذه البرامج في تحسين نوعية حياة Quality of life المرضى العقليين، وذلك كما يدركها العملاء أنفسهم (Atkinson, Zibin & Chuang, 1997).

ز- التمكين والشفاء: Empowerment and Recovery

تعد مفاهيم التمكين وتدعيم العميل من خلال موارد بشرية أسرية ومجتمعية والشفاء التام من المرض العقلي من المفاهيم الشائعة والحديثة في التأهيل الطب نفسي. وتعتبر بدائل عن مفاهيم التوجه الإيجابي للتغيرات في حياة المريض. ومازالت هذه الأبعاد عرضة لكثير من الصعوبات فيما يتعلق برصدها وقياسها بالإضافة إلى أن المختصين يفضلون توجيه اهتماماتهم البحثية إلى القضايا الأكثر إلحاحا والأكثر احتمالا.

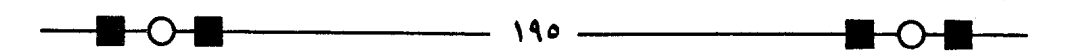
سادسا- كفاءات الممارسين للتأهيل الطب نفسي Competencies of Practitioners

عرضنا فيما سبق لأهم المبادئ وقواعد ا٠ مل في التأهيل الطب نفسي ،أشكال ونماذج البرامج التأهيلية الشائعة في مجال المرض العقلي وارتباطها بالنتائج الإيجابية على العملاء من المرضى العقليين. وبقدر ما تمثل هذه النقاط من أهمية بالغة في التأهيل الطب نفسي فإن مستوى هذه الخدمات والمناهج المتبعة فيها والنتائج المترتبة عليها يعتمد بصورة أساسية على كفاءة وقدرة القائمين والممارسين لهذه الخدمات. وسيتم فيما يلي مناقشة التفكير الحالي حول هذا العنصر المهم في العملية التأهيلية.

أ- الوضع الراهن فيما يتعلق بكفاءة ممارسي التأهيل الطب نفسي:

لقد تم تحديد وتعريف الكفاءات اللازمة للوصول إلى التأهيل الطب نفسي الكفء من خلال المؤتمرات العلمية التي يعقدها الخبراء في هذا المجال بوجود العملاء من المرضى العقليين وبواسطة المراجعات العديدة للأدب النفسي والأعمال البحثية الجارية في هذا النوع من التأهيل (Janikas, 1994)

لقد سعى العلماء والخبراء طويلا في مجالات علم النفس التأهيلي والطب النفسي والتمريض النفسي والخدمة النفسية الاجتماعية إلى عقد المؤتمرات الوطنية من أجل تحقيق هذه المهمة وبشكل خاص لتحديد التدريب اللازم لهذه المهن



المختلفة. وقد نجحت بعض الجهود في طرح الأفكار المهمة والمفيدة، لكن العائق الوحيد والصعوبة البالغة كانت في عدم توافر الدراسات التجريبية الكافية حول المعلومات والاتجاهات والمهارات الخاصة بممارسة التأهيل والطب نفسي والمؤدية إلى نجاح الخدمة التأهيلية وتحقيقها للنتائج في شخصية ونوعية حياة المرضى العقليين.

وقد ترجم هذه النتائج البيان الذي أصدرته إحدى اللجان الخبيرة بعد انتهاء أحد المؤتمرات المتخصصة في هذا المجال حيث تضمن البيان الاستنتاج التالي: لقد توصلنا إلى أن هناك صعوبة بالغة في تحديد الكفاءات التأهيلية النادرة اللازمة للعمل مع المرضى العقليين في مجال التأهيل الطب نفسي الناجح والفعال والمؤدي لإحداث التغيرات المنشودة وذلك مقارنة بما توصلنا إليه من تحديد الكفاءات اللازمة للتأهيل الكفء في المجالات التأهيلية الأخرى (Sechres & Pian, 1990).

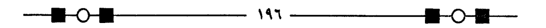
ومع ذلك يمكن القول أن بعض الخبراء قد أشاروا إلى أهمية توفر سمات معينة يجب توافرها في أخصائي التأهيل الطب نفسي حتى يتمكنوا من التوصل إلى مستوى من التأهيل الفعال مثل الطاقة العالية High Energy، والقدرة على العمل، والمرونة والمثابرة والإبداع والقدرة على حل المشكلات والتوجه نحو النمو والتطور والذكاء الفهلوي (Sing storm, et. al, 1992) ويقترح «جيل» (Gill, 1997) في هذا المجال أن المناهج الجامعية التعليمية لست كافية لأن تؤهل وتعد الطلبة للعمل كأخصائي تأهيلي عقلي. وفي هذا إشارة لأهمية التدريب بعد الدراسة والصفات الواجب توافرها لدى الذين يرغبون بالنجاح في عملهم في هذا المجال.

ب- شروط نجاح أخصائي التأهيل في أعمالهم:

وبصورة عامة فإن الخبرة العملية والواقعية في هذا المجال تحدد الشروط الواجب توافرها في أخصائي التأهيل العقلي الناجحين في الخصائص الآتية: المعرفة Knowledge والاتجاهات Attitudes والمهارات Skills. وهو ما سنوضحه في الفقرات التالية

ب/١ المعرفة:

وتمثل المعرفة أساسا مهما لممارس التأهيل الطب نفسي وذلك على مستوى



المعرفة النظرية والعملية على السواء. وتتضمن المعرفة النظرية علم نفس غير العاديين Abnormal Psychology وعلم الأدوية النفسية Psychopharmacology وعلم النفس الكلينيكي Clinical Psychology. والمعلومات الخاصة بنماذج التأهيل الطب نفسي Psychiatric Rehabilitation Models بالإضافة إلى دراسة تاريخ البرامج التي تهدف إلى التقليل من استخدام المؤسسات من قبل المرضى العقليين.

أما المعرفة العملية فتتضمن الإلمام بأنظمة الخدمات وبالأعمال والوظائف التي تؤديها هذه الأنظمة مثل برامج التأهيل المهني Vocational Rehabilitation والضمان الاجتماعي Social Security وبرامج الرعاية الطبية والإسكان العام Public Housing، هذا بالإضافة إلى معلومات كاملة عن موارد المجتمع المحلي Community Resources.

ب/٢ الاتجاهات:

يؤكد الكثيرون من خبراء التأهيل الطب نفسي على أهمية توافر الروح الإيجابية للنجاح في العمل بهذا المجال، حتى أن البعض يعتبرها من الشروط الواجب توافرها بشكل مسبق من أجل الالتحاق بدراسة هذا النوع من المهن والتخصص فيه. وذلك في رأيهم ما يؤدي إلى ضمان التوصل إلى نتائج مفيدة من عملية التأهيل الطب نفسي.

وقد أشار هؤلاء الخبراء إلى أن الأشخاص الذين يخافون من المرض العقلي أو الذين لا يتقبلون الأفراد المصابين بالأمراض العقلية يعتبرون من أسوأ الناس وأكثرهم بعدا عن إمكانية النجاح في مثل هذا العمل. ويشير دينكين (Dincin 1975) إلى أهمية توافر اتجاهات مليئة بالأمل والتفاؤل عند العاملين في هذا المجال.

وحديثا توصل «راب» (Rapp, 1993) إلى وضع عدة مبادئ لضبط الاتجاهات والقيم الخاصة بأخصائي التأهيل الطب نفسي ودعاها مبادئ إدارة ضبط الأداء المتمركز حول العميل وضبطه Principles of client centered performance Management. وهي عبارة عن المبادئ الأربع الآتية:

- احترم الأشخاص الذين يطلق عليهم عملاء Venerate the people called "Clients".



- ابتكر وحافظ على تركيزك في الاتجاه الصحيح Create and maintain the focus.

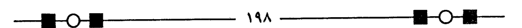
- لا تعتقد مطلقا أن هناك مستحيلا Possess a healthy disrespect for the impossible.

- تعلم من أجل أن تعيش على نحو طيب Learn for a living.

٢/٣ المهارات:

تعتـبر معظم المهـارات التي يتم تعلمها ضـمن برامج علم النفس الكلينيكي مهمة للغاية من أجل الاستعداد الجـيد لبدء العمل في مجال التأهيل الطب نفسي. وتعتبر مهارة الإصغاء التفهمي Empathic listening من أكثر المهارات فاعلية والتي أجريت عليـها الكثير من الدراسـات والبحوث التي توصلت إلى فـعاليتهـا المطلقة والمبـرر المنطقي للأهمـية الخـاصة لهـذه المهـارة يكمن في أن التـحالف العـلاجي Therapeutic Alliance بين المريض وأخـصائي التأهيل يعـتبـر مكونا حاسـما في التأهيل الطب نفسي الفعال Gehrs & Goering 1994.

ولهذا فإن المهـارات التي تسهِّل وتؤدي للوصول إلى عـلاقة إيجابية قـوامها الثقة مع العملاء تعتبر مهمة جدا. وهذا ما جعل برنامج التدريب لطلبة الدراسات العليا في مركز جامعة بوسطن للتأهيل الطب نفسي يؤكد على أهمية التدريب على المهارات التقليدية للإرشاد المتـمركز حول العميل Traditional Client Counseling Skills واعتبارها إحدى القواعد الأسـاسية في البرنامج التدريبي الشامل (Farkas, O'Brien & Nemec 1988). هذا ولا تعتـبر جميع أشكال التـدريب على البرامج التقليـدية صالحة لإعداد الطلبـة الراغبين في ممارسة مهنة التـأهيل في المجال الطب نفسي.



مراجع الفصل الرابع

١- أحمد عكاشة: الطب النفسى المعاق، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦٩.

٢- أيزنك (هانز) ترجمة قدرى حفنى، رؤوف نظمى: الحقيقة والوهم فى علم النفس، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦٩.

٣- أيزنك (هانز) ترجمة عبد الحليم محمود السيد: التصنيف ومشكلة التشخيص فى ميدان سيكولوجية الشذوذ فى مصطفى سويف: مرجع فى علم النفس الكلسيكى، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٥.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٥- الجمعية المصرية للطب النفسى: دليل تشخيص الأمراض النفسية، القاهرة، ١٩٧٩.

٦- سويز (ريتشارد) ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة: علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٩.

٧- علاء الدين كفافى: العلاقة بين التسلطية وبعض متغيرات الشخصية عند العرب وظائف الإشراف المدرسى، رسالة ماچيستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، ١٩٧١.

٨- علاء الدين كفافى: التنشئة الوالدية والأمراض النفسية، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٨٩.

٩- علاء الدين كفافى: مشكلة تعاطى المخدرات بين الشباب - التقرير السيولوچى، منشورات جامعة قطر، ١٩٩٣.

١٠- علاء الدين كفافى: الصحة النفسية، الطبعة الرابعة، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٩٧.

١١- علاء الدين كفافى: الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى. المنظور النسقى للاتصال. دار الفكر العربيو القاهرة، ١٩٩٩.

١٢- علاء الدين كـفافى: الصحـة النفسيـة والإرشاد النفـسى، دار النشر الدولى للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٩.

١٣- فرويد (سجمند): ترجمة أحمد عزت راجح: محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٥٢.

١٤- فنيخل (أوتو) ترجـمة صلاح مـخيمـر، عبده مـيخائيل: نظـريات التحليل النفـسى فى العصـاب - الجزء الثـانى، مكتـبة الأنجلو المصـرية، القاهرة، ١٩٦٩.

١٥- ملاهى (بـاترك) ترجمـة جميل سـعيـد: عقـدة أوديب بين الأسطورة وعلم النفس - مكتبة دار المعارف، بيروت، ١٩٦٢.

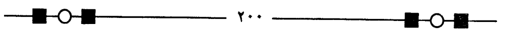
١٦- هول (كالفن)، لـندزى (جاردنر) ترجمـة قدرى حفنـى، فرج أحمـد فرج، لطفى فطيم: نظريات الشخصـية، الهيئة المصرية العـامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧١.

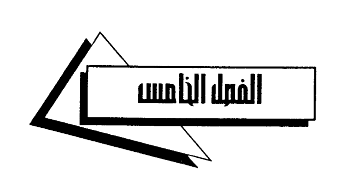
17- London, R. & Rosenhan, D. (1968) Foundation of Abnormal Psychology, Holt, Rienhart and Winston, Inc.

18- Mayer-Gross, Slater, E. & Roth, M. (1954) Clinical and Psychiatry, Cassell and Company Ltd., London.

19- Okasha, A. (1977) Clinical Psychiatry, Genera Egyptian Book Organization, Cairo.

☺☺☺☺☺☺





حالات ألم أسفل الظهر المزمن

تمهيد في دراسة ألم أسفل الظهر المزمن

العلاجات المقترحة لحالة ألم أسفل الظهر المزمن

النماذج التفسيرية الحديثة لحالات ألم أسفل الظهر المزمن

العلاج الفيزيولوجي النفسي

نموذج علاج فيزيولوجي نفسي مقترح

المكونات العلاجية للبرنامج الفيزيولوجي النفسي لعلاج الألم

- التعليم الفيزيولوجي والتشريحي
- التدريب على الوعي بالتوتر العضلي
- تمييز أسباب التوتر
- تصريف التوتر



حالات ألم أسفل الظهر المزمن

القسم الأول

تمهيد في دراسة ألم أسفل الظهر المزمن

يعتبر ألم أسفل الظهر المزمن Chronic Lower Bach Pain (CLBP) واحدا من أكثر المشكلات الصحية انتشارا، وفي نفس الوقت فهي من أقل المشكلات التي لقيت اهتماما من قبل المعالجة النفسية. وتحتل هذه المشكلة الصحية الترتيب الثاني في أسباب التردد على العيادات الطبية وذلك بعد حالة المشكلات والأعراض الصحية التي تصيب الجهاز التنفسي العلوي Upper respiratory symptons التي تحتل المرتبة الأولى Bonica 1990; Magni. 1993 .

ويتوقع العديد من الباحثين والعلماء المتخصصين أن يعاني ٨٠٪ من أي مجموعه سكانية من ألم أسفل الظهر خلال رحلة حياتهم، أو في أي فترة من حياتهم وأن يطور ٨ ٪ من أي مجموعة سكانية أيضا حالة ألم أسفل الظهر المزمن-Nagi, Riley & Newby (CLBP) Feuer stem, Papciak& Hoom, 1987; 1973 . وتشير الإحصائيات في هذا المجال الطبي العلاجي إلى أن عدد الزيارات الطبية التي يقوم بها المرضى الذين يعانون من أعراض الألم العضلي Muscle pain Symptoms وصلت إلى سبعين (٧٠) مليون زيارة 1988 للأطباء المتخصصين في هذا المجال Holdbrook, et. al 1984; National Center for Health Statistics (NCHS) .

وتقدر التكلفة السنوية لهذه المراجعات والعلاجات في الولايات المتحدة بسبعة وأربعين (٤٧) بليون دولار سنويا Gevirtz, Habbard, Harpin 1996، و٣٦٧ مليون دولار في نيوزلنده، وبتكاليف ناجمة عن التعويضات والغياب المتكرر من العمل تقدر بـ ٤,٦ بليون دولار سنويا في نيوزلنده أيضا (Kole - Snijders, et. al 1999). ولكنه على الرغم من هذه التكلفة المالية العالية فإن مرض أسفل الظهر المزمن بقي غير مفهوم بشكل فعال، وبالتالي لم يتوافر له علاج كفء وذلك سواء باستعمال التقنيات الطبية أو الجراحية (Cherkin, et al 1994).

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت للتعرف على العوامل المسببة لهذه الحالة المرضية إلى العوامل التالية:

- نتوء القرص (بروز الديسك). Disc Protrusion
- التهاب الفقرات الظهرية (الالتهاب في العمود الفقري). Spomdylitis
- المرض الحشوي. Visceral disease
- الأورام الليفية غير الخبيثة. Neoplasms
- الأمراض الالتهابية والأيضية التي تصيب العمود الفقري. Metabolic and infectious of the spine
- التهابات المفاصل العظمية. Osteoarthritis
- حالات الإصابات والجروح. Lesions
- الإصابات في الروابط أو مجموعة الألياف العصبية أو المفصلية والعضلات.

(Finneson, 1980; Freyberg & Rogoff, 1954).

وقد افترض الباحثون والعلماء الذين حاولوا أن يقدموا تفسيرات عملية لهذه الحالة المرضية أن النماذج السلوكية أو النفسية تقوم بدور في غاية الأه يةفي حالات الم أسفل الظهر المزمن مثل:

- ميكانزم «التحويل» (Conversion) والألم نفسي المنشأ Psychc genic pain (Engels, 1962; Walters, 1961).
- الاضطرابات الجسمية النفسية Psychoso.natic disorder (Sorno, 1978).
- تفسيرات الألم الإجرائي Operant pain explations.

(Fordyce, 1976; Sternbach, 1974; Gervitz, Hvbbard & Harpin, 1990).

القسم الثاني

العلاجات المقترحة لحالة ألم أسفل الظهر المزمن

لقد تبين أنه عندما تفشل العلاجات التقليدية القائمة على الجوانب الطبية الحيوية Bjomedical في علاج ألم أسفل الظهر المزمن ولا تؤدي بالتالي إلى إنهاء حالة الألم فإن إعاقة أسفل الظهر تتفاقم. وفي هذه الحالة يتم تحويل المرضى المصابين بهذه الحالة إلى المراكز التأهيلية لتلقى العلاجات المعتمدة على التخصصات البينية Interdisciplinary Treatments. وتتبنى هذه المراكز غالبا النماذج التأهيلية

الاجتماعية النفسية الحيوية Biopsychosocial أو التأهيلية السلوكية التي تفترض أن الإعاقة لا تتحدد فقط بالمرض الاساسي لكن أيضا (ولربما تتحدد بدرجة أكبر) بسبب العوامل الاجتماعية والعقلية المعرفية والانفعالية النفسية والسلوكية (Vlaeyen, 1991).

ويتم في هذه المراكز استخدام مبادئ الإشراط الإجرائي Operant conditianing والمفاهيم الفيزيولوجية النفسية Psychophy siologic والمبادئ والأسس المستمدة من علم النفس المعرفي Cognitive Psychology وذلك في عمليتي التقييم والعلاج للحالات التي تعاني من أعراض الألم المزمن (Keefe& Gill, 1988).

وقد أظهرت العديد من المراجعات لبرامج التأهيل السلوكي المستخدمة مع حالات ألم أسفل الظهر المزمن (Cohen, Naliboff & Mcarthur, 1989; Linton, 1986' Turner &. (CLBP) Chapman, 1982)، أن العلاجات السلوكية الإجرائية تؤدى إلي تزايد في نشاط التحمل وإلى تناقص في استخدام الأدوية المهدئة للألم المزمن.

وقد توصل بعض الباحثين (Flor, Fydrich & Turk 1992) إلي أن البرامج العلاجية المعتمدة على التخصصات البينية لألم أسفل الظهر المزمن تكون فعالة مقارنة بعدم التعرض لأى نوع من العلاجات على الإطلاق أو تلقى برنامج علاجي من تخصص مهني واحد فقط Monodisciplinary Treatment، كما توصل باحثون آخرون (Morley, Eccletom Willians, 1999) إلى أن العلاجات المعرفية السلوكية Cognitive be Havioral Treatimeat تحدث بصورة دالة تغييرات أكبر في خبرة الألم Pain experience وفي أساليب المواجهة المعرفية -Cognitive Coping skills وفي تقييم التعبيرات السلوكية عن الألم وإدراك انخفاضها.

وبصورة عكسية استنتج بعض الباحثين أن الآثار العلاجية لبرامج العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة المرضية قليلة وليست مشجعة حيث تبين أن التغيرات العلاجية تختفي في فترة المتابعة. (Vlaegen, et. al, 1992).

ويفسر الباحثون هذه النتائج الأخيرة بأنها تعود إلى ثلاثة أسباب محتملة وهي:



السبب الأول/ الاحتمال التفسيري الأول:

أن مكونات البرنامج العلاجي ومضمونه لا تكون دائما واضحة ومحددة بشكل دقيق. فعلى سبيل المثال تتعلق مصطلحات «السلوكي» و«السلوكية الإجرائية» و«الإجرائية» بمبادئ التعلم الإجرائي operant learning التي قدمها فورديس(Fordyce, 1976) وبالتالي فالمرجع التقييمي الوحيد يجب أن ينحصر فيما وضعه «فورديس». ولقد اشترط فورديس إشراك وتدريب الأزواج في هذه البرامج العلاجية. هذا ما أخفق المعالجون النفسيون في التقيد به. كما أن مصطلح «السلوكية» يستخدم في العلاجات المعرفية المدمجة بأسلوب التدريب على الاسترخاء (Turner & Clency 1988). (Nicolas, Wilsam & Goyem, 1992).

كما أن مصطلح المعرفية يعود إلى أشكال مختلفة من العلاج مثل:

- فنيات تحويل وصرف الاتجاه Attention-diversian Techniques
- العلاج العقلاني الانفعالي Retianal - Enotive Therapy
- علاج التعرض للضغوط Stress inoculation therapy
- العلاجات النفسية متعددة النماذج Multi modal Psychotherapies

(Kole - Snijders, et - al 1990.)

السبب الثاني/ الاحتمال التفسيري الثاني:

يستخدم معظم الباحثين في دراساتهم التقييمية أسلوب استبيانات التقرير الذاتي فقط، والقليل منهم فقط يستخدمون أسلوب المقاييس التي تعتمد على الملاحظة المباشرة للتحقيق من النتائج المطلوب تقييم وجودها (Turner & Clancy 1988; Turner, et. al, 1990; Turner & Jensem, 1993, Vlaeyen, et. al 1992).

السبب الثالث/ الاحتمال التفسيري الثالث:

ويتعلق التفسير المحتمل الثالث بغياب الفنيات الإحصائية الكافية والكفيلة بتقديم نتائج دقيقة. ويلاحظ أن معظم هذه الدراسات التقييمية تعتمد على عينات صغيرة نسبيا (Kole - Snijders, et.al 1999).

القسم الثالث

النماذج التفسيرية الحديثة

لحالات ألم أسفل الظهر المزمن

لقد بدأ الباحثون حديثا جدا في التركيز على أهمية النماذج العصبية العضلية Neuromuscalar Models في تفسيرهم لأسباب حالة ألم أسفل الظهر المزمن (Dolce & Roczynski 1985). وتفترض هذه النماذج أن النشاط العضلي المفرط الذي ينعكس علي صورة التشنجات العضلية Spasms واستخدام الجبائر Splinting وأعمال التقويم Brocing أو التوتر العضلي المتزايد هي العوامل التي تعتبر مسئولة عن حالة ألم أسفل الظهر المزمن(CLBP).

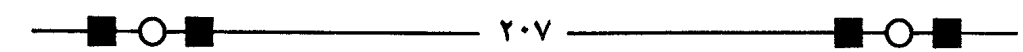
وقد تمكن بعض الباحثين حديثا من البرهنة على وجود نموذج أو مثال الاستعداد - الضغوط Diathesis - Stress paradigm[1] وهي حالة تشير إلى استعداد ربما يكون ولاديا يجعل الفرد عرضة للإصابة بأمراض معينة، وذلك في محاولة لتفسير حالة ألم أسفل الظهر المزمن.

وقد سعت مجموعة الباحثين الذين ينطلقون من نموذج أو مثال الاستعداد - الضغط إلى القيام بعدد من الدراسات في الولاية المتحدة وفي ألمانيا لدعم هذا النموذج. وقد انتهت دراساتهم إلى ما يمكن تلخيصه فيما يلي:

«يتطور منظور زملة الألم العضلي الهيكلي المزمنة Chramic musculoskeletal pain Syndrome وتتفاقم بسبب تفاعل الأحداث البيئية الضاغطة مع مصادر المواجهة والتدافق غير الكفئة مع الاستعدادات العضوية Predisposing organic. ومع الأوضاع النفسية أو حالة الاستعداد Diathesis. وإذا كانت الاستثارة المنفرة أو المزعجة Aversive stimulation على درجة عالية من الشدة، أو كانت متكررة، وكان لدى الفرد أساليب مواجهة وتوافق غير فعالة أو غير كافية فإن النمط الاستجابي Respanse stereotype يمكن أن

---

(١) مثال الاستعداد-الضغوط diathesis- stress paradigm تعميم لفكرة أن الفرد الذي لديه استعداد مسبق للإصابة بمرض عقلي معين سوف يكون متأثرا بصفة خاصة بأية ضغوط يتعرض لها. وعندئذ سوف يفصح عن سلوك شاذ (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ٩٥٧).



يتطور عبر نظام استعداد وتهيؤ فيزيولوجي سلبي غير مناسب Unfavarably disposed physiological System وقد يعود وجود هذا الاستعداد السلبي في حالة زملة الألم العضلي السفلي إلى الاستخدام الزائد لمجموعة عضلية معينة. وبصفة عامة إذا كان النمط الاستجابي للفرد من خلال رد فعل عضلي موضعي عال فإنه قد يؤدي إلي إحداث اضطراب وعدم انتظام في نظام الفرد الفيزيولوجي (Flor, et. al, 1992, P.P. 452-453).

وقد أجريت مراجعات دقيقة للدراسات التي قام بها العلماء قبل عام ١٩٤٨، ودارت هذه الدراسات حول التسجيلات السطحية للرسام العضلي الكهربائي (Electromyograph). (الرسام العضلي الكهربائي جهاز خاص عرض وتسجيل الانقباضات والاسترخاءات العضلية. ويشير الصوت العالي إلي حالة الانقباض العضلي ويخفت الصوت كلما كانت العضلات مسترخية). ويتم بواسطة هذه الأداة قياس حالة العضلات خلال وضع الراحة وخلال وضع الحركة وخلال الشفاء من حالة الألم وفي أماكن مختلفة من الجسم (Dolce & Raczynski 1985).

كما قام الباحثان «دول»، «راكزينسكي» بتلخيص المعلومات المتعلقة بالنشاط العضلي في العضلات المؤلمة والعضلات غير المؤلمة وفي حالتي الراحة والحركة. وتوصل الباحثان إلى النتائج الهامة التالية:

- إن عضلات العمود الفقري ترتفع خلال وضع الوقوف بشكل خاص عند مرضى ألم أسفل الظهر المزمن (CLBP).
- إن وضع الحركة الجسمية النشيطة يستثير مستويات مرضية منخفضة المستوى في النشاط العصبي العضلي لمرضي (CLBP).
- لا توجد صلة بين مستوى ألم أسفل الظهر المزمن ومستويات الانقباض والاسترخاء العضلي كما تقيسها التسجيلات والتخطيطات السطحية للرسام العضلي الكهربائي (EMG).

وقد حاول بعض العلماء تقييم وجود أثر للضغوط الناجمة عن أعباء العمل المادية Physical Workland (أي هل هناك أثر لهذه الضغوط المهنية أم لا؟) وتوصل هؤلاء العلماء إلى أن التمدد في العضلة شبه المنحرفة Trapezius

muscle[1] في كل من جانبي الظهر يمكن مشاهدته بوضوح خلال الموقف الضاغط فقد كانت نتائج التخطيط العضلي الكهربائي (EMG) أكثر وضوحا. وكذلك كانت مليئة بالخطوط البيانية مما يعكس نشاطا متصاعدا لانقباض العضلات في حالة الشعور بالضغط (Lundberg, et. al 1994).

كما توصل باحثون آخرون إلى أن مرضى ألم أسفل الظهر المزمن يظهرون نشاطا مفرطا أو زائدا Hyperactive عند استجاباتهم للعوامل الضاغطة الشخصية والانفعالية، كما أنهم يظهرون نشاطا عضليا كهربائيا (EMG) طويل الأمد حتى بعد زوال الضواغط (Flor & Turk, 1989).

القسم الرابع

العلاج الفيزيولوجي النفسي

إن التوصل إلى التدخلات العلاجية الناجحة مثل التدريب على الاسترخاء Relaxation Training والتغذية الراجعة الحيوية Biofeed back والعلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavior therapy يعد دليلا ثريا على قدر المعرفة الذي نحوزه أو نمتلكه حول أسباب الأمراض العصبية العضلية (Flor, Frydich & Turk, 1992).

وقد أظهرت البيانات التي تم تجميعها من نتائج الدراسات التي أجريت منذ عام ١٩٨٥ التأييد والدعم لكفاءة العلاج الفيزيولوجي النفسي. لكن مازال موضوع تحديد فاعلية أساليب بعينها أمرا مربكا ومشوشا. فقد انتهى مالون وستروب .Malon & Strube, 1988 إلى أن فائدة المناهج العلاجية للسيطرة والتحكم في الألم قد تعتمد بصورة أساسية على عملية تخفيض الخوف والاكتئاب المرتبطين بالألم أكثر من كونها تقوم بمعالجة وتخفيض الألم نفسه.

---

(١) العضلة شبه المنحرفة trapezius muscle عضلة مثلثة تغطي جزءا كبيرا من الظهر، وامتدادها الأساسى من ظهر الجمجمة إلى مستوى الفقرة الصدرية الاثنا عشر 12th thoracic vertaba وتتكون العضلة شبه المنحرفة من ألياف العضلات العديدة التى تلتقى عند قمة المثلث في عظمة الترقوة. وعندما تعمل أجزاء هذه العضلة باستقلال فإنها تستطيع أن توجه الرأس إلى أحد الجانبين، وإلى إدارة الوجه وإلى رفع أو خفض الكتفين وتساعد على تحريك الذراع. (جابر، كفانى، معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ٤٠١٤).

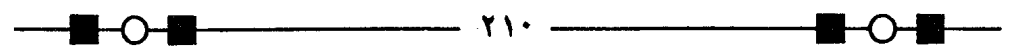
وفي إحدى الدراسات التجريبية الحديثة Donaldsoan, et.al 1995 لتقييم فاعلية العلاجات الفيزيولوجية النفسية قسم الباحثون المشاركون في الدراسة مرضى ألم أسفل الظهر المزمن (CLBP) إلى ثلاث مجموعات علاجية هي:

أ- مجموعة التغذية الحيوية الراجعة بواسطة جهاز الرسام العضلي الكهربائي الذي يقدم لنا بيانات عن النشاط العضلي للعمود الفقري EMG Paraspinal biofeedback ويستند هذا التكنيك إلى مبادئ التدريب على التغذية الحيوية الراجعة لوحدة حركية بمفردها Single Motor Unit (SMUBT) Biofeedback Training وقد تم تدريب المرضى في هذه المجموعة على زيادة نشاط العمود الفقري في الجهة السفلية - من العمود الفقري مع المحافظة على بقاء الجانب العلوي ثابتا وهادئا.

ب- مجموعة التدريب على الاسترخاء العضلي الشامل.

ج- مجموعة البرنامج التعليمي Educational program.

وقد أشارت النتائج التي اعتمدت على القياسات البعدية، والتي تمت بعد ثلاثة أشهر وهي مدة البرنامج العلاجي إلى أن أفراد المجموعتين الأولى والثالثة (مجموعة التغذية الحيوية الراجعة ومجموعة البرنامج التعليمي) قد أظهروا تحسنا ذا دلالة (من خلال التراجع الملحوظ في الألم المقاس) في حين لم يظهر أفراد المجموعة الثانية (مجموعة الاسترخاء العضلي) أي تحسن. كما تبين أن أفراد المجموعة الأولى قد احتفظوا بمكاسبهم العلاجية بعد مرور أربع سنوات (فترة القياس التتبعي Follow -UP).



وتنسجم نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة سابقة أخرى أجريت قبل هذه الدراسة بعامين (Flor & Turk, 1993) توصل فيها الباحثان إلى أنه قد حدث تحسن باستخدام أسلوب التغذية الحيوية الراجعة بواسطة جهاز الرسام العضلي الكهربائي (EMG) في العمود الفقري عند مرضى ألم أسفل الظهر المزمن. وقد كان مقدار التحسن كبيرا جدا بالمقارنة بالأساليب الأخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي Behavioral Congnitive Therapy والعلاج الطبي التقليدي Canservative medical tratment.

وقد تكون برنامج التغذية الحيوية الراجعة المرسومة كهربيا في هذه الدراسة من رصيد النشاط العضلي في موضع الألم بالضبط، كما تم تشجيع المرضى على القيام بهذه المهارة خارج نطاق الجلسات العلاجية وبصورة يومية منتظمة طوال مدة البرنامج و(علما بأن مدة الدراسة كانت ستة أشهر). بينما تألف البرنامج المعرفي السلوكي من برنامج للتدريب على مهارات الاسترخاء العضلي التدريجي وحل المشكلات وتعلم إدارة الأحداث المثيرة للتوتر - Management of Tensian elicitring events إلى مهارات المواجهة والتوافق مع الألم Pain Coping Skills. أما البرنامج الطبي فقد تضمن الأدوية والعلاج الطبيعي والعلاجات البديلة الأخرى.

وقد أشارت النتائج التتبعية (بعد مرور سنتين على انتهاء البرنامج العلاجي) إلى أن مجموعة التغذية الحيوية الراجعة قد تفوقت على المجموعتين العلاجيتين (مجموعة البرنامج المعرفي السلوكي ومجموعة البرنامج الطبي) حيث حافظ المشاركون فيها على مكاسبهم العلاجية. ولكن هناك دراسات تقدم نتائج مختلفة تشير نتائجها إلى الفاعلية والكفاءة الخاصة ببرامج العلاج المعرفي السلوكي المتضمنة في التدريب الاسترخاء لعلاج حالات ألم أسفل الظهر المزمن(John, Spence & Schotte, 1995; colas, et. al, 1992).

القسم الخامس

نموذج علاج فيزيولوجي نفسي مقترح

يضيف هوبارد Hubbard, 1996 نموذجا للعلاج الفيزيولوجي النفسي لألم أسفل الظهر المزمن(CLBP) بصورة مختصرة كالآتي:

يفترض هذا النموذج أن التوتر العضلي والألم العضلي يتوسطان النشاط الزائد لمستقبلات الشد العضلي في عضلات العمود الفقري وذلك من خلال الجهاز السمبثاوي. ويبلغ طول العضلات الفقرية حوالي (٧ملم) وبعرض (١ملم). وتنتشر هذه العضلات من خلال عضلات البطن، وعلى سبيل المثال فإن في العضلة شبه المنحرفة في جانبي الظهر تتكون عدة مئات من العضلات الفقرية. ويعتبر العمود الفقري عضوا مغلفا يحتوي على الأنسجة والخيوط العضلية الخاصة به الملتحمة به التي تمتلئ بحامض شفافي. وبالرغم من كون العمود الفقري جهازا

حساسـا مرنا (مورد وناقل نحو المراكز العـصبية) إلا أنه يعتـبر أيضا جهازا حـسيا للألم والضغط والجهد Pain and pressure sensor.

وقد وصف هوبارد هذا النموذج عام ١٩٩٦، ويفترض هذا النموذج أن ألم العضلات المتكرر والمزمن المرتبط بنقاط إثارة قوية (Travell & Siman, 1983) يبرز ويحدث في تغليفات العـمود الفقري. وتتعرض منطقة العمـود الفقري إلى الجهد والضغط اللذين يعودان إلى تشنجات الأنسجة والخـيوط العضلية الدائمة للانصهار والالتحام. ويكون هذا الألم العميق في حالة تجعل صاحبه يشعر بأنه (الألم) يعود إلى أماكن قـريبة أو سطحـية (على سطح الجلد). وتتمـدد المستـقبلات العـضلية الفقرية بصـورة أكبر بسبب جـهد صدمي أو متكرر للعضـلات. ومن ثم تبقي في حالة من النشاط المفرط أو الزائد الناجمة عن الاستثارة الإدرينالية للخيوط العضلية الداخلية في العـمود الفقـري. ومن الممكن الملاحظة المباشـرة للتشنجات العـضلية للعـمود الفـقري بواسطة وضع أقطاب إبرة جـهاز تخطيط العـضلات الكهـربائي (EMG) في منطقة الإثارة Trigger point (مثل منطقة أسفل الظهر).

وقـد بـرهن بعض العلـمـاء (Hubbard and Berkoff 1993) على أن هذه النقاط ومناطق الإثارة ستولد مـستويات عالية (صوتا عاليا أو رسـومات بيانية) من نشاط تخطيط العضلات الكهربائي (EMG) في حين أن نشاط تخطيط العضلات الكهربائي يكون ضعيـفا أو منعدما (لا يوجد ما يشيـر إلى النشاط العضلي مطلقا) لدي وضعه في مناطق أخـرى قد تبعد ١ سم فقط من منطقـة الإثارة العضلية التي تبث نشـاطا مستـمرا. كـما أظهـرت الدراسات الحديثـة أن هذا النشاط العـضلي ينخفض بصـورة مذهلة عندما يقوم المـرضى الذين يعانون من ألم العمود الفـقري باستخدام تكنيكات الاسترخاء (Gerstenkarn, et.al 1996).

وغالبا مـا يظهر النشاط العصبي السـمبثاوي في الأطراف كاسـتجابة للإثارة الانفعـالية والإدراك. ويفترض أن من أكـثر المثيرات إثارة للإنسـان ومسببـا لنشاط نقاط الإثارة لديه هـو عملية إدراكـه «لانتهاك حـرمته» التي تـعرف بأنها التـعدي والتجاوز على ممتلكات الأخـرين الخاصة أو على حقوقهم.. وترتبط هـذه القضية بشكلة عامـة يطلق عليها نقص التوكـيدية Lack of assertiveness. فقد تبين أن معظم مـرضى أن العمـود الفقري المزمـن يتبنون مبـدأ أن أضع حاجـات الأخرين ومصالحهم في مرتبة أعلى من حاجاتي ومصالحي.

ومازالت الحاجة موجودة وقائمة للمزيد من الدراسات لتوضيح طبيعة بعض العلامات النفسية Psychological Signals المرتبطة بهذه الظاهرة الإدراكية الانفعالية، لكن الوضوح يسيطر على طبيعة مسارات انتقال وتأثير هذه العلامات على وظائف الأعضاء الجسمية المحيطة Peripheral Physiology للإنسان حيث تتمكن من تحويلها إلى نقاط إثارة وبهج للتشنجات العصبية العضلية.

وانطلاقا من هذا النموذج الفيزيولوجي النفسي الموضح لطبيعة انتقال الإثارة الإدراكية الانفعالية إلى الإثارة العصبية العضلية، فإن معالجة اضطرابات الألم العضلي تتطلب منهجا فيزيولوجيا نفسيا منفردا يجمع بين العلاج النفسي والعلاج العضوي الفيزيولوجي. وتجب الإشارة هنا إلى الدور المهم الذي يجب أن يضطلع العلاج الطبيعي Physical therapy فمن خلاله يجب أن تتم عملية رقيقة تؤدي إلى نمو مهدئ مسكن للعضلات أثناء استرخاء هذه العضلات (Hubbard, 1996).

فسنعرض فيما يلي المكونات الأساسية من العناصر النفسية والعناصر الفيزيولوجية النفسية المقترح تضمينها في العلاج الفيزيولوجي النفسي للألم العضلي المزمن.

القسم السادس

المكونات العلاجية

للبرنامج الفيزيولوجي النفسي لعلاج الألم

يتضمن البرنامج العلاجي الفيزيولوجي النفسي عددا من المكونات دعمتها البراهين والأدلة كما أشرنا عند الحديث عن نتائج الدراسات التي انصبت على تقييم نظم علاج الألم. ويعتبر برنامج تأهيل الألم الحاد في سان دييجو The Sharp Pain Rehabilitation Program in San Diego نموذجا رائدا دقيقا لهذا النوع من البرامج التي تضم متخصصين من مختلف المهن الطبية بمن فيهم الأطباء والمعالجون المهنيون والأخصائيون النفسيون. وقد طور بعض الباحثين (Gevirtz, et. al 1996) برنامجا علاجيا خاصا لمرض الألم العضلي المتكرر والمزمن الذي يتضمن العناصر والمكونات التالية:

أ/ التعلم الفيزيولوجي والتشريحي:

يعتبر جهل المرضى وعدم معرفتهم بما يسبب لهم الألم من أكثر الصعوبات التي تواجه المعالجين العاملين مع مرضى الألم العضلي المزمن. فهؤلاء المرضى غالبا ما ينسبون حالتهم المرضية إلى تلف عصبي Nerve damage أو أي شذوذ آخر في العمود الفقري أو الجهاز العصبي المركزي. ويتدخل هذا الافتقار إلى فهم وتفسير الألم في عملية العلاج بصورة أساسية لأن عدم معرفة المريض بطبيعة الألم وأسبابه قد يحول ويمنع المريض من الاشتراك الكامل في العملية العلاجية.

وعلى ذلك فإنه من خلال هذا البرنامج العلاجي يتم التركيز على الجوانب التي يفتقر إليها المرضى بواسطة المحاضرات والندوات وحلقات المناقشة التعليمية حول موضوعات التشريح وعلم وظائف الأعضاء. وتغطى هذه المحاضرات التي تلقي على المرضى بصورة تفصيلية للأعراض الجسمية التي تميز الألم العضلي من غيره من الاضطرابات المؤلمة بما فيها التلف العصبي والفتق الدائري Disk herniation وأمراض العمود الفقري الأخرى «والانعكاس العصبي السمبتاوي الناتج عن التغذية السيئة أو الناقصة» Reflex Sympathetic dystrophy) بالإضافة إلى الشرح والتوضيح المتعلق بالمقاييس التشخيصية بما فيها:

- فحص صورة الرنين المغناطيسي (magnetic Resonance Imaging (MRI
- الصورة الطبقية بالكمبيوتر

Computerized Topographic Imaging (CTI)

- التخطيط والرسم العضلي الكهربي

Electro myographic (EMG)

- قياس سرعة التوصل العصبي العضلي

Nerve Conduction Velocity (NCV)

كما يتم تشجيع المرضى على نقل خبراتهم الخاصة بحالات الألم المزمن الذي يعانون منه وأساليب العلاج المستخدم الذي يتبعونه لعرضها أمام المجموعة واستخدامها كأمثلة جيدة على سوء الفهم والتفسير المغلوط. وعندما يكون المريض

غير متأكد مما أخبره به الطبيب سابقا حول حالته وأسباب إصابته بهذا الألم، تقدم لهذا المريض المساعدة الضرورية ليتمكن من صياغة أسئلة خاصة لتوجيهها لطبيبه هذا سواء أثناء المراجعة الدورية له أو من خلال نماذج معينة قام واضعو هذا النموذج العلاجي بإعدادها لهذا الغرض؛ وذلك لمساعدة المرضى في مخاطبة الأطباء والاستفسار منهم عن قضايا تهمهم وتزيد من معرفتهم بطبيعة مرضهم وأسبابه.

وتعقد هذه الدروس التعليمية مرة واحدة أسبوعيا وتضم المجموعة العلاجية التعليمية عادة من عدد يتراوح بين ١٥-٣٠ مريضا فقط. ويتولى مديرو العلاج الطبي إدارة هذه المحاضرات والندوات التعليمية بصورة أسبوعية، كما يحل الأخصائيون النفسيون والمعالجون الطبيعيون والمهنيون محل الأطباء في حالة غيابهم ويتوسعون بصورة دقيقة في المعلومات التي تطرحها هذه الندوات ويتولون الإجابة على الأسئلة المطروحة.

ب/ التدريب على الوعي بالتوتر العضلي:

بمجرد أن يتفق مريض ألم أسفل الظهر المزمن فهم طبيعة حالته يتم نقله إلى الصف الخاص بوعي المريض بالتوتر Muscle tension awareness الذي يقوم بإدارته الأخصائي النفسي وبواسطة التغذية الراجعة التي يزود بها المرضى عن المعلومات الخاصة بالنشاط العضلي على سطح الجسم التي يوفرها الرسام العضلي الكهربي Surface EMG feedback يتم تعليم المريض أن يميز الأحاسيس الجسمية physical sensation المرتبطة بالتوتر العضلي سواء الذي يحدث في الجلسة العلاجية أو الذي يحدث في الحياة اليومية (بدون التغذية الراجعة التي يوفرها الرسام العضلي الكهربي).

ويتم عادة وضع أقطاب الرسام العضلي الكهربي على القسم العلوي من العضلة المنحرفة في جانبي الظهر Upper trapezius (وهي العضلة الظهرية الكبيرة التي تمتد من وسط الظهر وتنتشر إلى الأكتاف وتتعلق بقاعدة الجمجمة، حيث أوضحت البراهين العلمية أن التوتر العضلي يظهر أولا وفي بدء حدوثه في هذا الجزء العضلي من الجسم.

ويتعلم المرضى من خلال هذا الصف الدراسي الانتباه إلى التغيرات والتقلبات في الإحساس بالتوتر العضلي الذي يحدث ما بين ألواح الكتف. وفي

أثناء ذلك يشاهد المرضى شاشة المراقبة الخاصة بالرسام العضلي الكهربي التي تظهر رسومات بيانية تمثل التغيرات والتقلبات العضلية التي تحدث. ويتم التدريب على الوعي بالتوتر العضلي وإدراكه ضمن مجموعات تتكون المجموعة فيها من ثلاثة إلى سبعة مرضى بحيث تظهر شاشة المراقبة النشاط العضلي لأكثر من مريض في وقت واحد. ويكون الهدف الرئيسي من هذا الصف التعليمي هو تعليم كيفية الوعي والانتباه إلى الإحساس الجسدي بالتوتر العضلي.

كما يشترك المريض في مجموعة دروس تعليمية متخصصة Pool class تتضمن مجموعة من الأخصائيين الذين يتولون المهام التعليمية وذلك لمجموعة من المرضى يتراوح عددها من ٤-١٠ مرضى آخرين. ويتم من خلال هذا الصف تعليمهم كيفية الوعي بالتوتر والتيبس Stiffness العضلي خلال الحركة والنشاط ويتعلم المرضى أيضا في هذه المدارس كيفية بذل جهد عضلي كبير مبالغ فيه أثناء أدائهم للوظائف والمهمات المختلفة، ويتعلمون كيفية القيام باسترخاء كامل للعضلات بين الفترات التي تستلزم بذل الجهد الذي يعرض صاحبه للتوتر العضلي.

ج/ تمييز أسباب التوتر:

عندما يتمكن المرضى من تعلم كيفية تمييز الإحساس الجسدي بالتوتر العضلي والتقلبات الحادثة في هذه الأحاسيس ينتقلون إلى المرحلة التالية وهي تعلم كيفية القيام بتحديد الضواغط الموجودة في حياتهم اليومية التي تؤدي بهم إلى تنشيط استجابة التوتر العضلي والتعرف عليها جيدا. وهذا يتطلب من المرضى الانتباه والاهتمام بمستوى إحساسهم بالتوتر العضلي في منطقة ما بين العظم الكتفي كل فترة ساعة أو ربع ساعة خلال النهار وأن ينتبهوا بصورة خاصة إلى المواقف والمناسبات التي يلاحظون فيها تزايدا في هذا التوتر في منطقة ما بين الكتفين. ويكلف المرضى بمهمة تدوين المواقف التي يتم بها تمييز تزايد التوتر العضلي.

وعادة ما يحدد المريض المواقف التي يصفها بأنها «محبطة» و«مزعجة» وتؤدي إلى «ضغط الوقت» Time Pressure أو أنها تشكل «عبئا» و«هما». وبعد انتهاء مجموعة الدروس التعليمية المتخصصة ينتقل المريض بصورة تلقائية إلى صف

الرياضة واللياقة البدنية Gym class حيث يتعلم المريض من خلاله أنواع الحركات أو الأوضاع الجسمية Body Positions وأوضاع الأطراف العلوية والسفلية التي تؤدي إلى الألم مما يساعده في السيطرة على الألم.

د- تصريف التوتر:

عندما يصبح المرضى قادرون على تمييز الصلة بين التزايد في الإحساس الجسمي بالتوتر العضلي والضواغط الانتقالية الخاصة الواقعة تلقائيا على الفرد، عندها يتم مساعدتهم على محاولة إيجاد طرق لحل وتعريف القضايا الخاصة التي تعتبر مصدرا للتوتر العضلي وأن يختبروا ويجربوا استراتيجيات حل وتعريف التوتر Tension- resolving strategies إلى أن يصلوا إلى حالة من تناقص الإحساس الجسدي بالتوتر العضلي. وعلى الأغلب فمن الواجب على المرضى أن يتبعوا خطوات معينة من أجل إزالة مصدر التوتر حتى يتمكنوا من الوصول إلى تخفيض التوتر العضلي الذي يعانون منه. فعلى سبيل المثال إذا كان المريض يعيش خبرة موقفية معينة في عمله ترتبط بالتوتر فتقدم مساعدة لهذا المريض من خلال تدريبه على استراتيجيات مهارة حل المشكلة (التي تتم وفق خطوات محددة) لحل مشكلة التفاعل بين الموقف في العمل والتوتر العضلي.

وكثيرا ما يعتقد المريض أنه هو نفسه الذي يجب أن يتغير أو أن يتوافق مع هذه الأوضاع الموقفية الضاغطة، وذلك في محاولة منه لإبعاد شبح التوتر بعيدا وبسرعة، أو أنه يعتقد أن هناك طريقة واحدة فقط لحل التوتر العضلي. وبالطبع فإن هذا التوجه يؤدي حتما إلى إحداث حل جزئي ومؤقت، وأن التوتر العضلي عائد لا محالة بمجرد ظهور الضاغط الخارجي مرة ثانية. وبالتالي فإن الحلول الشاملة لمختلف العناصر المسئولة عن إحداث الإزعاج والإحباط التوتري يجب أن تكون محط الانتباه والمعالجة والتعديل بصورة نهائية.

وينبغي أن يتم تخصيص وقت كاف لشرح كيفية تدبر نقاط الإثارة التوترية Trigger Points والتعامل معها والتحكم فيها (وهي عبارة عن عقد صغيرة في العضلة تكون في غاية الحساسية للجهد والضغط، وتؤدي إلى إحداث الألم في أماكن أخرى في الجسم. كما تحدث ألما عضليا عميقا شديدا). ويتعلم المريض في

الدرس المخصص لنقاط الإثارة التوترية كيفية العثور على نقاط أثارته الخاصة به، وأن يقوم بإجراء وتطبيق ضغط ثابت Firm Pressure قوي طويل الأمد لهذه النقاط من أجل الوصول إلى راحة مؤقتة من الألم، كما أنه يتعلم في دروس التمدد Stretch Class برنامجا كاملا للتمدد لتطبيقه في المنزل.

وبالإضافة إلى جميع ما سبق يتم تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم Systematic muscle relaxation الذي يعتبر بصورته التقليدية في غاية الفائدة لدى العديد من مرضى ألم أسفل الظهر المزمن (CLBP). وبشكل عام يجب أن تنقل هذه الحزمة العلاجية Treatment Package تفكير المريض وتحوله نحو الفكرة التي تتضمن أن العضلات يمكن أن تكون مصدرا للألم، وتحوله أيضا نحو تبين طريقة وفلسفة حياتية تستند إلى التحكم والضبط الشخصي للألم ونحو ضرورة العلاج والتداوي من أجل الشفاء، وبهذا التحول الفكري فإن المرضى يميلون لأن يصبحوا واعين بالعناصر النفسية المسئولة عن توترهم، وبالتالي يبتعدون عن تبني واستخدام فكرة أنهم ضحايا وما يترتب عليها من آثار نفسية وسلوكية غير مرغوبة لهم وللمحيطين بهم.



مراجع الفصل الخامس

١- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٦.

3- Bonica, J. (1990): The management of pain. (2nd ed.; Vol. 1). Philadelphia: Lea and Febiger.

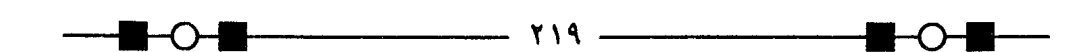
4. Cherkin, D., Deyo, R., Loeser, J. Bush, T., and Waddell, G. (1994): International comparison of back surgery rates. Spine, 19, 1201-1206.

5. Cohen, M.J., Naliboff, B.D. and McArthur, D.L. (1989): Implications of medical and biopsychosocial models for understanding and treating chronic pain. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine, 1, 135-150.

6. Dolce, J. and Raczynski, J. (1985): Neuro muscular activity and electromyography in painful backs: Psychological and biomechanical models in assessment or treatment. Psychological Bulletin, 97, 502-520.

7. Donaldson, S., Romney, D., Donaldson, M., and Skubick, D. (1995): Randomized study of the application of single motor unit biofeedback training to chronic low back pain. Journal of Occupational Rehabilitation, 4, 23-37.

8. Eisenberg, D. (1993): Unconventional medicine in the United States. New England Journal of Medicine, 328, 246-252.



9. Engels, G. (1962): Psychogenic pain and the pain prone patient. American Journal of Medicine, 26, 899-918.

10. Feuerstein, M., Papciak, A. and Hoon, P. (1987): Biobehavioral mechanisms of chronic low back. Clinical Psychology Review, 7, 243-273.

11. Finneson, B. (1980): Low back pain (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott.

12. Flor, H., and Turk, D. (1989): Psychophysiology of chronic pain: Do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses? Psychological Bulletin, 105, 215-259.

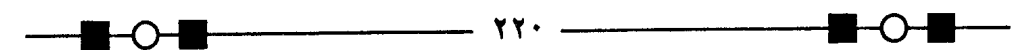
13. Flor, H. and Turk, D. (1993): Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 653-658.

14. Flor, H., Birbaumer, N., Schugens, M. and Lutzenberger, W. (1992): Symptom-specific psychophysiological responses in chronic pain patients. Psychophysiology, 29, 452-460.

15. Flor, H., Fydrich, T. and Turk, D.C. (1992): Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. Pain, 49, 221-230.

16. Fordyce, W.E. (1976): Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis, MO: Mosby.

17. Freyberg, R. and Rogoff, B. (1954): Diagnosis of the common causes of backache. Medical Clinics of North America, 38, 655-672.



18. Gerstenkorn, S., Jacobs, D., Gevirtz, R. and Hubbard, D. 91996, March): Effects of autogenic relaxation training of electrical activity in active myofascial trigger points. Paper presented at the 27th annual meeting for the Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback, Albuquerque, NM.

19. Gevirtz, R.N., Hubbard, D.R. and Harpin, R.E. (1996): Psychophysiologic Treatment of Chronic Lower Back Pain. Professional Psychology: Research and Practice, 27, 561-566.

20. Holdbrook, T. Grazier, K., Kelsey, J. and Stauffer, R. (1984): Frequency of occurrence, impact, and cost of musculoskeletal conditions in the United States (Monograph). Chicago: American Academy of the Orthopaedic Surgeons.

21. Hubbard, D. 1996): Chronic and recurent muscle pain: Patl..,hysiology and treatment and review of pnarmacologic studies. Journal of Musculoskeletal Pain, 4, 123-143.

22. Huubard, D. and Berkoff, G. (1993): Myofascial trigger points show spontaneuous EMG activity. Spine, 18, 1803-1807.

23. Keefe, F.J., and Gil, K.M. (1986): Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 776-783.

24. Kole-Snijders, A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., Van Eek, H., Schuerman, J.A., and Groenman, N.H. (1990): Cognitie en cognitivie behandeling van chronische pijn: Een bron van verwarring. Gedragstherapie, 23, 3-16.

25. Kole-Snijders, A.M.J., Vlaeyen, J.W.S., Goossens, M.E.J.B., Rutten-van M., Maureen P.M.H.; Heuts, P.H.T.G., van Kek, H. and van Breukelen, G. (1999): Chronic Low-Back Pain, What Does Cognitive Coping Skills Training Add to Orant Behavioral Treatment? Results of a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and . Clinical Psychology, 67, 931-944.

26. Lehrer, P. and Woolfolk, R.L. (1993): Principles and practice of stress management (2nd ed.). New York: Guilford Press.

27. Linton, S.J. (1986): The behavioral remediation of chronic pain: A status report. Pain, 24, 125-141.

28. Lundberg, U., Kadefors, B., Melin, B., Palmrud, G., Hassmen, P., Engstrom, M. and Dohns, I. (1994): Psychophysiological stress and EMG activity of the trapezius muscle. International Journal of Behavioral Medicine, 1, 354-370.

29. Magni, G. (1993): The epidemiology of musculosketetal pain. In H. Voeroy and H. Merskey (Eds.), Progress in fibromyalgia and myofascial pain. Amsterdam: Elsevier Science.

30. Malone, M. and Strube, M. (1988): Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. Pain, 34, 231-244.

31. Morley, S., Eccleston, C., and Williams, A. (1999): Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain, 80, 1-13.

32. Nagi, S., Riley, L. and Newby, L. (1973): A social epidemiology of back pain in a general population. Journal of Chronic Disease, 27, 769-779.

33. National Center for Health Statistics (1988): Office visits to neurologists: 1985. National Center for Health Statistics, Cuent estimates from the National Health Survey. United States (DHHS Publication No. PHSS 85-1578). Hyattsville, MD: Author.

34. Newton-Hohn, · T., Spence, S. and Schotte, D. (1995): Cognitive-behavioral therapy versus EMG biofeedback in the treatment of chronic low back pain. Behavior Research Therapy, 33, 691-697.

35. Nicholas, M.K., Wilson, P.H., and Goyen, J. (1991): Operant-behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic low back pain. Behavior Research and Therapy, 29, 225-238.

36. Nicholas, M., Wilson, P. and Goyen, J. (1992): Comparison of cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. Pain, 48, 339-347.

37. Sarno, J. (1974): Pain patients: Traits and treatment. New York: Academic Press.

39. Travell, J. and Simons, D. (1983): Myofascial pain and dysfunction, the trigger point manual. New York: Williams and Wilkins.

40. Turner, J.A., and Chapman, C.R. (1982): Psychological interventions for chronic pain: A critical review. II: Operant conditioning, hypnosis, and cognitive-behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 261-266.



41. Turner, J.A., and Clancy, S (1988): Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 261-266.

42. Turner, J.A., Clancy, S., McQuade, K.J., and Kardenas, D.D. (1990): Effectiveness of behavioral therapy for chronic low back pain: A component analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 573-579.

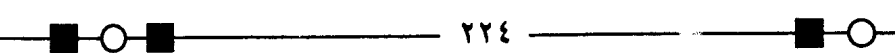
43. Turner, J.A. and Jensen, M.P. (1993): Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. Pain, 52, 169-177.

44. Valaeyen, J.W.S. (1991): Chronic low back pain: Assessment and treatment from a behavioral rehabilitation perspective. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

45. Vlaeyen, J.W.S., Haazen, I., Schuerman, J.A., Kole-Snijders, A.M.J. and van Eek, H. (1995): Behavioral rehabilitation of chronic low back pain: Comparison of operant, operant-cogntivie and operant-respondent treatment. British Journal of Clinical Psychology, 34, 95-118.

46. Walters, A. (1961): Psychogenic regional pain alias hysterical pain. Brain, 84, 1-18.

☺☺☺☺☺☺





حالات الاضطرابات التنفسية والربو

- الاضطرابات التنفسية
- أمراض التنفس التعويقية المزمنة
- الالتهابات الرئوية
- حالات انتفاخ الرئة
- الأزمة الصدرية المزمنة (الربو)
- المداخل النفسية في علاج الأزمة الصدرية (الربو)

■ ○ ■ ○ ■

الفصل السادس

حالات الاضطرابات التنفسية والربو

القسم الأول

الاضطرابات التنفسية

أولا - التهاب الحلق: (البلعوم Pharyngitis والحنجرة Laryngitis)

تتألف المسالك التنفسية العلوية من الأنف والبلعوم والحنجرة. وتعتبر الالتهابات التي تصيب الجزء العلوي من الجهاز التنفسي حالات بسيطة نسبيا ويمكن السيطرة عليها بصورة ذاتية، لكن البعض منها قد يأخذ شكلا أكثر حدة وشدة مما يؤدي إلى إنهاك وإعياء مستمرين للفرد الذي يصاب بها. ومن هذه الأشكال الأخيرة حالة البهر أو انقطاع التنفس.

أما عن حالة البهر أو انقطاع التنفس أو الاختناق Apnea فهي كما يشير المصطلح حالة توقف القدرة على التنفس أو تعسر الفرد في تنفسه. وتعتبر حالة بهر النوم أو اختناق النوم Sleep Apnea من أكثر الحالات شيوعا وانتشارا بين مرضى الجهاز التنفسي. وفي هذه الحال يتعرض المصاب إلى نوبات Episodes من حالات الاختناق وتوقف التنفس أثناء نومه. وينتشر هذا النوع بين الأفراد في أواسط العمر. وقد لا يشعر هؤلاء الأفراد المصابون باختناق النوم بتوقف تنفسهم أثناء نومهم، ولكنهم من الواضح أنهم يخبرون جفافا في الأجهزة التنفسية العلوية طيلة نهارهم التالي، بالإضافة إلى الصعوبة البالغة في التركيز والانتباه، كما أنهم قد يعانون من التهيج أو الإثارة Irritability بسبب الاضطرابات التنفسية التي حدثت لهم أثناء نومهم والتي عطلت عملية نومهم أو عرقلتها. وعادة ما يسمع المحيطون بالمريض صوت الشخير العالي أو يلاحظون الحركات الجسمية المفاجئة خلال نومه.

وتوجد أنواع عديدة لاختناق النوم والتي تعتبر أقلها شيوعا حالة «اختناق النوم المركزي Central Sleep apnea والتي تسببها تعطل الإشارات التي يصدرها الجهاز العصبي المركزي والتي تستثير عملية التنفس وتنشطها، ويعود هذا التعطل إلى الأمراض العديدة التي يتعرض لها الجهاز العصبي المركزي.

أما حالة اختناق النوم السطحي Pheripheral Sleep apnea فتعتبر من أكثر أنواع اختناق النوم شيوعا والتي يطلق عليها أيضا «اختناق» النوم العميق Obstructive Sleep apnea . وتحدث بسبب الانسدادات والعوائق التي تظهر في المسالك التنفسية العلوية. وتعتبر البدانة Obesity إحدى مسببات انسداد المسالك التنفسية العلوية بالإضافة إلى حالة توسع اللوزتين Hyper trophy. كما أن هذه الحالة قد تعود إلى صور الشذوذ الخلقي البنائي Structural abnormalities التي تعرض المسالك الهوائية للتضييق أو الانسداد خلال النوم.

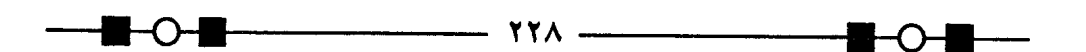
كما تعتبر حالة اختناق النوم المختلط Mixed «نوعا آخر لهذه الحالة تجمع بين حالتي «اختناق النوم المركزي» و«اختناق النوم السطحي». ويعاني الأشخاص المصابون باختناق النوم بغض النظر عن نوعه من «نقص الأكسجين» Hypoxia مما يؤدي إلى الإصابة بحالة «نقص وصول الأكسجين اللازم إلى الدم Hypoxemia» وبالتالي التعرض لحالة «تكوين ثاني أكسيد الكربون في الدم» Hypercapnia.

وتتفاوت النتائج التي تؤدي إليها حالة اختناق النوم من مجرد نقص النوم واضطراباته والجفاف وصعوبات التركيز والانتباه التي تظهر في اليوم التالي إلى ازدياد فرصة التعرض لارتفاع ضغط الدم Hypertension وإلى الفشل القلبي Heart Failure والجلطة القلبية Heart attack (Myo Cordial infraction) بالإضافة إلى السكتة الدماغية Stroke.

ومما هو جدير بالذكر أن ضحايا حالة اختناق النوم يكونون عرضة بشكل كبير لحوادث السيارات ولارتكاب الحوادث والصدمات المختلفة وذلك بسبب نقص ساعات نومهم واضطرابها. وتتم عملية تقييم هذه الحالة عادة في معمل النوم الطبي حيث تتم مراقبة وتسجيل تفاصيل عملية التنفس من خلال نوم المريض. كما يمكن الاستعانة بأجهزة مراقبة النوم المحمولة لاستعمال المريض خارج المستشفى والتي لا تعتبر كافية لوحدها لوضع تشخيص دقيق عن حالة المريض.

أ / علاج اختناق النوم:

قد تتم معالجة اختناق النوم سلوكيا أو جراحيا أو طبيا. ويعتمد اختيار الأسلوب العلاجي على طبيعة الأعراض التي تظهر على المريض بالإضافة إلى



حالة وظيفة الرئتين والقلب Cardiopulmonary Function. ويهدف العلاج إلى إيصال الفرد إلى حالة طبيعية من النوم، بإيصال الأكسجين إلى الدم بالإضافة إلى تخفيض الاضطرابات التي تعطل عملية النوم Sleep disruption.

وتتضمن العلاجات السلوكية عادة مساعدة المريض في الحد من تناول الكحوليات لأنها تقلل من كفاءة عضلات الجزء العلوي من المسالك التنفسية وتزيد من تكرارات التنفس غير المنتظم خلال النوم. أما بالنسبة للأشخاص ذوي البدانة فيتم حثهم وتشجيعهم على اتباع نظام غذائي معين لإنقاص وزنهم. والذي تعتبر زيادته عن الحد من الأسباب المسئولة عن إصابتهم باختناق النوم. وأحيانا ما تسهم وضعية النوم في الزيادة من صعوبات تعرض بعض الأشخاص لخطر اختناق النوم خاصة النوم على الظهر، وبالتالي يتم في هذه الحالة تدريبهم على النوم على أحد الجانبين.

وتتضمن بعض أساليب العلاج الطبي استخدام كمامة ضغ الهواء في المسالك التنفسية Airway Pressure mask ويزن الجهاز الخاص بهذا النوع من الكمامات حوالي (٥ أرطال أو ما يعادل ٢,٥ كيلو جرام)، وهي توضع بشكل مناسب بجانب سرير المريض. ويختار المريض الذي يستخدم هذا الجهاز خلال نومه إما أن يضع الكمامة على الأنف وفتحتي الأنف Nasal prongs معا، أو أن يجعل الكمامة تغطي كلا من الفم والأنف. ويتم تحديد كمية ضغ الهواء المستمر من خلال عملية التقييم التي تتم في المعمل الطبي للنوم في المستشفى. ويلجأ بعض المرضى لاختيار أسلوب الاستخدام الفمي الطارئ للجهاز، الذي تتضمن مهمته تحذير صوتي للمريض خلال نومه يعمل إذا حدثت «حالة اختناق النوم» ليستيقظ ويقوم بتشغيل الجهاز حسب الحاجة.

أما العلاجات الجراحية فتتراوح من اللجوء إلى إجراء فتحة في المسالك الهوائية Tracheotomy (يتم في هذه الحال إجراء فتحة جراحية في الرقبة عبر القصبات الهوائية لجعل الشخص قادرا على التنفس). إلى التقويمات الجراحية للشذوذ والتشوهات البنائية التكوينية في أعلى باطن الفم Palate أو الوجه والتي تحدث الإعاقة في التنفس أو الانسداد في المسالك الهوائية.



ب/ المتضمنات المهنية لحالة اختناق النوم

Vocational Implications of sleep Apnea:

تؤدي حالة اختناق النوم إلى العديد من أنواع العجز والضرر المهني. فكما ذكر سابقا، وبالإضافة إلى ما يعنيه المصابون بهذه الحالة من الحاجة إلى النوم النهاري للتعويض عما فاتهم من نوم الليل، فهم يتعرضون إلى حالة من الاستثارة والهيجان المستمرين إضافة إلى عدم الصبر والعصبية الزائدة وحتى إلى الشعور بالاكتئاب. وهو مما يؤثر على علاقاتهم مع الآخرين في العمل. كما أنهم يخبرون بعض أنواع التضرر المعرفي Cognitive Impairments التي تتضمن صعوبة التركيز والانتباه والمشكلات المتعلقة بالقدرات البصرية الحركية Vis-motor abilities بالإضافة إلى الصعوبات المرتبطة بالذاكرة Memory. ويزيد احتمال فشل المصاب بحالة اختناق النوم في القيام ببعض المهام التي تستلزم التخطيط أو الطلاقة اللغوية أو الأداء العقلي العام. وهذا جميعه يسهم في انخفاض مستوى أداء الفرد في عمله.

ومن الجدير بالملاحظة أن حالة اختناق النوم لا ينتبه إليها الأطباء ولا يتم تشخيصها بصورة دقيقة، وبالتالي لا تمنح الأهمية اللازمة، مما يؤدي إلى تفاقمها وتطور أثارها على حياة المريض الصحية والمهنية. ويترتب على ذلك أن ينسب المريض تراجع أدائه في عمله إلى أسباب أخرى لا صلة لها بالمرض، مما يزيد حياته إرباكا واضطرابا.

ثانيا: أمراض التنفس التعويقية المزمنة:

Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD)

يعود مصطلح أمراض التنفس التعويقية المزمنة (COPD) إلى مجموعة من الأمراض تتضمن انتفاخ الرئة Emphysema والتهاب القصبات الهوائية المزمن Chronic Bronchitis والأزمة الصدرية المزمنة Chronic Asthma.

وقبل أن نتحدث عن كل من هذه الأمراض التعويقية نشير إلى أن هذه المجموعة التعويقية (COPD) تشمل بعض الأعراض الظاهرة مثل التعويق المعمم Generalized Obstruction في المسالك الهوائية مما يؤدي لظهور حالة عسر وضيق



تنفس Dyspnea، وبشكل خاص في حالة بذل أي جهد Exertion بالإضافة إلى السعال المتقطع Intermittent cough المستمر وحالة الإعياء الجسدي Fatigue. وهذه التشكيلة المتجمعة من الأعراض تعتبر مساهما رئيسيا في إحداث الإعاقة الجسدية والنفسية لصاحبها.

وفيما يلي سنتحدث عن كل من الالتهاب الرئوي المزمن وحالات انتفاخ الرئة ثم حالة الأزمة الصدرية المعروفة بالربو مع تناول الأزمة بشيء من التفصيل لأنها أكثر انتشارا من غيرها من الأمراض التنفسية.

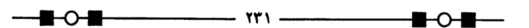
أ/ الالتهابات الرئوية المزمنة:

تعرف حالة التهاب القصيبات الهوائية المزمن بأنها عبارة عن «سعال نمائي مزمن» Chronic productive cough في معظم الأيام ولمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر سنويا تستمر خلال زمن لا يقل عن سنتين متتاليتين». وتتألف الأعراض من حدوث سعال متواصل. وغالبا ما يكون في فترة الصباح المبكر يصاحبه الكثير من البلغم في الحنجرة يؤدي بصاحبه إلى السعال والبصق Excessive volume of mucus and expectoration وهذا من شأنه أن يجعل خطوط المسالك الهوائية مستثارة ومتورمة وممتلئة بالبلغم.

ويعيق البلغم تدفق الهواء إلى ومن الحويصلات الهوائية Alveoli الموجودة في الرئتين وحيث تتم عملية تبادل الهواء (أخذ الاكسجين وإخراج ثاني أكسيد الكربون). وفي بعض الأحيان تضيق العضلات الصغيرة المحيطة بالممرات الهوائية. وهذه الحالة تدعى نوبة تشنج وتهيج الشعيبات الهوائية أو القصيبات الهوائية الموجودة في الرئتين Bronchospasm «والتي تجعل عملية التنفس أصعب. وتؤدي حالة التهاب القصيبات الهوائية المزمنة في الغالب إلى حالة الانتفاخ الرئوي.

ب/ حالات انتفاخ الرئة:

أما حالة الانتفاخ الرئوي فتعرف بأنها عبارة عن «توسع دائم في الحويصلات الهوائية داخل الرئتين بسبب الالتهاب الزائد في جدار هذه الحويصلات والتغييرات المؤذية الواقعة فيها». وتؤدي هذه الحالة بالتالي إلى ضيق المساحة اللازمة لتبادل الاكسجين Oxygen وثاني أكسيد الكربون Carbon dioxide بالإضافة إلى أن القصيبات الهوائية Bronchioles تنغلق قبل اكتمال عملية النفث أو الزفير Exhalation.



وباستمرار تزايد التهاب وإصابة الحويصلات الهوائية داخل الرئتين فإن الرئتين تفقدان بعضا من قدرتهما الطبيعية على التمدد والارتخاء. وهذا ما يضعف كفاءة عملية إخراج ثاني أكسيد الكربون من الرئتين (الزفرة Expiration). وهنا تصبح المسالك الهوائية معوقة كما أن الهواء الفاسد (الممتلئ بنسبة عالية من ثاني أكسيد الكربون ونسبة منخفضة بالأكسجين) ينحبس ويعلق في الحويصلات الهوائية، وتصبح الرئتان بالتالي ملتهبتين بصورة شديدة لكون الهواء لا يتم طرده إلى الخارج.

وكما ذكرنا سابقا فإن حالة الانتفاخ الرئوي تنجم عن صورة متطورة لالتهاب القصبات الهوائية لكنها أيضا قد تنجم عن الأحوال المرضية الأخرى للرئتين مثل الأمراض المهنية للرئتين Occupational Lung diseases والخراريج الليفية Cystic fibrosis.

ويعتبر التدخين من أكثر عوامل الخطر المؤدية إلى تطور أمراض التنفس التعويقية المزمنة (COPD)، وبالرغم من أن هذه الأمراض قـ. تظهر وتتطور عند الأشخاص من غير المدخنين الذين يعانون لسنوات طويلة من الربو الشعبي المزمن.

ويفسح التدخين وتلوث الهواء Ain pollution المجال مفتوحا أمام تطوير هذا النوع من الأمراض التنفسية (COPD) القاتلة. وتتفاوت مراحل الإصابة بهذه الأمراض، لكن في معظم الحالات يتطور المرض ببطء شديد. كما أن الوظيفة التنفسية تبقى وتستمر ثابتة نسبيا لسنوات عديدة. لكن يحدث في بعض الحالات الأخرى أن تتدهور الوظائف التنفسية بسرعة مذهلة. وعادة ما يكون الأشخاص مصابين بهذه الأمراض قبل أن يتم تشخيص حالتهم. ويسعى الأفراد لطلب النصح والمساعدة الطبية عندما يلاحظون ضيقا وعسرا في تنفسهم أثناء قيامهم بجهد رياضي أو غيره من المهام التي تستلزم بذل الطاقة والجهد أو حتى أثناء فترة راحتهم، وفي هذه الحالة تكون أكثر من ٥٠٪ من الوظيفة التنفسية لرئتهم قد تم استنفادها وفقدانها. وقد تحدث حالة النقص في الأكسجين الذي يصل إلى الدم وبالتالي إلى أنسجة الجسم ونكون أمام حالة نقص أكسجين الدم Hypoxemia بسبب حالة المسالك الهوائية المتضررة.

وبتطور حالة تعـويق التنفس وزيادة نقص الأكســجين الوارد إلى الدم يصبح الأكسجين الذي يصل إلى الدماغ غير كـاف مما يؤدي إلى اختلال الوظائف العقلية مثل الأحكام الـناقصة والمشـوهة والارتباك والتـشويش العقلـي، ويؤدي أيضا إلى حدوث حالة من عدم التناسق الحركي، كما قد تظهر حالة فرط الغازية (الهيبركابنيا Hyper capnia، وفـرط الغازية حـالة من زيادة نمو واشتـداد ظهور ثاني أكـسيـد الكربون في الرئتين) بسبب عملية تبادل الهواء غير الكاملة وغير الصحيحة التي تتم داخل الرئتين مما يؤدي إلى حدوث حالة من التبلد الانفعالي واللامبالاة Apathy أو النعاس والخمول المستمرين Drowsiness.

ويقوم الجسم بإنتاج كريات الدم الحمـراء بشكل زائد وذلك كمواجهة مضادة لنقص تركيـز الأكسجين في الدم مما يسـبب كثرة كريات الدم الحـمراء التي تدعى بوليسايثيميا Polycythemia وهي عبارة عن حالة من احمرار الدم أو الازدياد غير السوي في عدد كريات الدم الحمراء، ويؤدي ارتفاع عدد الكريات الحمراء في الدم إلى لزوجة الدم Blood viscosity. وهذه الحالة تتـدخل بالتالي في عـملية تدفق الدم داخل الجسم. وعندما تصبح حالة البوليسايثيميا هذه شديدة وحادة فإن عملية شق الأوردة وقطعـها Phlebotomy تعـتبـر هي الطريقـة المساعـدة لإنقاص عـدد الكريات الحمراء، وبالتالي التقليل من نسبة تخثر الدم في الجسم.

وإذا ما تطورت الأمراض التنفسية التعويقية المزمنة تزايدت الصعوبة في إفراز وإخراج ثاني أكسيـد الكربون من الجسم، ويتزايد بالتالي عسر الـتنفس خاصة بعد بذل أي مجـهود كمـا تتزايد القابليـة للتلف الرئوي، وهو ما يصـبح مهددا لحـياة المصابين بهذه الحالات المرضيـة لكونهم يعيشون حياة تنفسية فـاسدة بصورة متزايدة بسبب تراكم ثاني أكسيد الكربون في رئتهم.

وقـد يتطور عن حـالة (COPD) أيضـا فشل الـبطين الأيمن للقلب Right ventricle of the heart (من خـلال فـشـل وظيـفـة الشـريان الـرئوي المركـزي Core-pulmonale) وتظهر هذه الحالـة نتيجة لإعاقـة تدفق الدم في الرئتين وبسبب التعطل الـذي يحدث في جدران الحـويصلات الهـوائية Alveolar الواقعـة داخل الرئتين.



ويؤدي هذا التعطل إلى انهيار وتحطم معظم الشعيرات الموجودة داخل الرئتين، كما تصبح بالتالي الشعيرات المحيطة قابضة وعاصرة كميكانزم تعويضي، واستجابة لانخفاض تركيز الأكسجين في الدم وداخل الرئتين. ويؤدي تضييق الشعيرات الموجودة داخل الرئتين إلى مقاومة دخول الدم الذي يضخ إلى الرئتين من البطين الأيمن للقلب، مما يجعل هذا البطين مضطرا لضخ بعكس المقاومة التي تمنعه من ذلك، ويمكن أن يصل نتيجة لذلك إلى حالة تضخم القلب Hypertrophied، مما يؤدي به إلى فقدان القدرة على ضخ الدم بكفاءة وبصورة صحيحة.

وبسبب ضخ الدم غير الكافي الذي يقوم به البطين الأيمن المتضخم فإن الدم العائد إلى الجانب الأيمن للقلب من الدورة الدموية العامة يبدأ في التراجع والتدفق عكسيا مسببا حالة الاستسقاء Edma [1] أو الانتفاخ Swelling التي تحدث في أجزاء الجسم الأخرى. فقد تصبح أعضاء الجهاز الهضمي مختلفة Engorged بالسؤال مما يؤدي بصاحبها إلى أعراض الغثيان Nausea والتقيؤ Vomiting. كما قد تصاب الأطراف السفلية بالتورم والاحتقان بالسوائل مما يعرض صاحبها بصورة مؤكدة للتقرحات الجلدية Skin ulcerations.

ج / الأزمة الصدرية المزمنة (الربو Asthma) [2]

ج/١ عوامل الأزمة الصدرية

يعتبر الربو مرضا التهابيا مزمنا في المسالك الهوائية، ويوصف بالنوبات المتكررة للتنفس البالغ الصعوبة المصحوب بصوت كالصفير Wheezing بالإضافة

---

(١) الاستسقاء Edma هو تراكم متزايد من السائل في خلايا الجسم أو في الأعضاء أو في التجويفات. وقد يكون السبب في هذه الحال فقدان السائل خلال جدران الأوعية الدموية كأعراض لاضطراب الدورة الدموية أو تقطع سريان السائل الشوكي المخي بسبب إعاقة الممر أو فشل الأنسجة في تشرب الزائد (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي- الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٠٧٤)

(٢) الربو Asthma اضطراب يحدث فيه إصابة الشعب الهوائية بتشنجات تقلصية وبلغم ويحدث لهاثا وتنفسا عسيرا كما يحدث صفيرا. وعلى الرغم من أن السبب المعجل عادة ما يكون مادة مولدة للأرجية كالغبار واللقاح أو غبار الطلع) أو حساسية زائدة للبكتريا، إلا أن العوامل السيكلوجية قد تثير أو تفاقم النوبة، ويفسر بعض المحللين بمن فيهم فرويد هذه النوبات باعتبارها صيحة أو استنجاد من شخص اتكالي وطلبا للمساعدة عندما تكون العلاقة بالأم مهددة. ويسمى أيضا الربو الشعبي. (جابر، كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول ١٩٨٨، ٢٧٩).

إلى عسر التنفس Dyspnea وضيق وضغط الصدر Chest tightness والسعال Cough الذي يسببه تضييق وانقباض في القصبات الهوائية الذي يحدث كرد فعل لطائفة من المثيرات. وقد تحدث الأزمة الصدرية (الربو) نتيجة لحساسية أو لا يكون هناك أية علاقة لحدوثها بالحساسية Allergic or non- allergic.

ويعتبر الربو مرضا تعويقيا للمسالك الهوائية. وعادة ما يعجل التعرض لمواد وأجسام معينة استجابة الحساسية في الأجهزة التنفسية، مما يؤدي إلى ظهور حالة الأزمة الصدرية مثل: التراب ولقاح الزهور. ويؤدي التعرض إلى مجموعة من العوامل المثيرة للحساسية إلى حدوث نوبة الأزمة الصدرية. كما يؤدي التعرض لأنواع مختلفة من العوامل إلى التعجيل بظهور الأزمة الصدرية غير الناجمة عن الحساسية Non- allergic asthma مثل التدريبات البدنية والانزعاج الانفعالي واستنشاق الهواء البارد أو التعرض للمثيرات المختلفة من مثل روائح الدهان والجاز ودخان السجائر.

وتتفاوت شدة النوبات الصدرية من فرد إلى آخر. فبعض الأفراد يعانون خلال الأزمة الصدرية فقط من السعال الخفيف وضيق التنفس في حين أن آخرين قد يعانون من أعراض حادة من عسر التنفس والسعال الشديد المستمر إلى درجة أنهم يعجزون عن التفوه إلا بكلمات قصيرة في وقت معين. وقد يصاحب الإصابة بالأزمة الصدرية إصابة الفرد بالتهاب القصبات الهوائية المزمن أو حالة انتفاخ الرئتين خاصة عند كبار السن.

ج/٢ تصنيف الأزمة الصدرية:

ويمكن تصنيف الأزمة الصدرية إلى ثلاثة أنواع: البسيطة والمتوسطة والشديدة. ويعاني الأشخاص الذين يصابون بالأزمة الصدرية البسيطة من أعراض تنفسية متقطعة قصيرة الأمد لعدة مرات شهريا، لكنهم لا يعانون من ظهور أية أعراض خلال الفترة الواقعة بين هذه النوبات، بحيث إن العلاج يتضمن الاكتفاء بتناول الدواء فقط أثناء حدوث النوبة.

أما الأشخاص الذين يصابون بالأزمة الصدرية المتوسطة فإنهم يتعرضون لهذه النوبات عدة مرات أسبوعيا ويتطلب ذلك تناول الدواء بصورة يومية بانتظام.



والأشخاص المصابون بأزمة صدرية شديدة يعانون من أعراض مستمرة تؤدي لتقييد أنشطتهم الحياتية، ويستلزم هذه المواظبة على تناول الدواء بصورة يومية، وقد يصاحب ذلك تكرار إقامتهم في المستشفى لما تنطوي عليه هذه الحالة من تهديد للحياة وتفاقم مستمر للوضع الصحي.

وتعتبر حالة انهيار الرئة وتداعيها Atelectasis من المضاعفات الصحية المتوقعة والمحتملة لدى أصحاب النوع الشديد من الأزمة الصدرية، وكذلك حالة النوبة الشديدة الطويلة الأمد للربو Asthmaticus status. وتعتبر هذه الحال المتفاقمة الحادة للربو (الأزمة الصدرية) حالة غير مستجيبة للأدوية والعلاج مهما كان نوعه مما قد يجعلها إصابة قاتلة. وعندما يتم تشخيص المصاب بهذه الحال فإن حالته إما أن توصف بالتدهور التدريجي وزيادة تعويق تدفق الهواء إلى الرئتين أو بالتدهور المفاجئ والتعويق والمنع الشديد لتدفق الهواء إلى الرئتين.

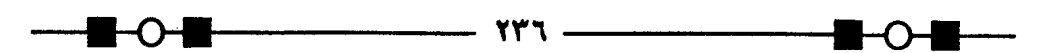
ج/٣ المتضمنات المهنية للأزمة الصدرية: Vocational Implications to Asthma

تؤدي الأزمة الصدرية إلى إحداث بعض القيود على المرضى المصابين بها بغض النظر عن مستوى الإصابة (بسيط، متوسط، شديد) ولكون بعض المثيرات البيئية تعجل بحدوث الأزمة الصدرية من مثل تلوث البيئة أو توفر المثيرات التي تستثير الحساسية التنفسية لدى المريض مثل لقاح الزهور، فإن هؤلاء الأشخاص يجب عليهم تجنب هذه البيئات والابتعاد عنها، مما يؤدي إلى ضرورة إعادة النظر في الظروف الخاصة بمكان العمل. وهذا بحد ذاته يثير العديد من الصعوبات المهنية لمريض الأزمة لأن هذه الحالة قد تكون مؤقتة في بعض الأحوال نظرا لأن النوبة قد تكون متقطعة وفي فترات غير معروفة مسبقا لدى صاحبها. ومن الجدير بالملاحظة أن مرضى الأزمة الصدرية يجب أن يراعوا عدم التعامل مع المرضى بالالتهابات التنفسية بسبب عامل العدوى المحتملة.

ج/٤ المتضمنات النفسية والاجتماعية للأزمة الصدرية:

Psychosacial Implications to Asthma

يعتبر الامتثال للخطة العلاجية من العوامل المؤثرة على عملية التحكم في نوبات الأزمة الصدرية. وقد تؤدي الاستجابات التنفسية السلوكية إلى منع أو تقييد



قدرة الفرد والالتزام بالتوصيات الطبية، وتعتبر مقاومة الخطة العلاجية واحدة من أكبر العوائق التي تحول دون الضبط الناجح للأزمة الصدرية. وترتبط الأزمة الصدرية -وعلى العكس من العديد من الأوضاع المرضية المزمنة- بأعراض عكسية تراجعية Reversible عندما تتعرض لعملية المعالجة بالأدوية.

ومن الأمور غير المريحة للمريض أن الالتزام بالأدوية اللازمة لضبط الأعراض والتحكم فيها قد يؤدي إلى جذب انتباه الآخرين، وقد يتم بالتالي إدراكه كوصمة اجتماعية Stigma تلحق بالفرد. فتناول الدواء بصورة يومية ينظر إليه بشكل سلبي باعتباره يظهر الفرد باستمرار أنه يعاني من حالة مرضية مزمنة. وتؤدي الأزمة الصدرية أيضا إلى تقليل فرص الأنشطة والاحتكاك والتفاعل الاجتماعي بسبب العوامل العديدة المزعجة لصاحبها وللآخرين المحيطين به.

ويخبر المرضى خلال النوبات المرضية مشاعر الخوف والرعب Panic and Fear. كما أن الأشخاص المصابين بالأزمة الصدرية منذ الطفولة يتعرضون بصورة خاصة لمشكلات وصعوبات التوافق الاجتماعي بسبب طبيعة الضواغط التي عانوا منها طوال حياتهم وبسبب تكرار إقامتهم في المستشفى منذ الصغر والقيود الأسرية الكبيرة المفروضة عليهم مما أدى بالتالي إلى إعاقة نموهم الاجتماعي.

وغالبا ما يشعر مرضى الأزمة الصدرية بتدني تقدير الذات و.الغضب الشديد بسبب حالتهم المرضية المعيقة. وهذا ما يسبب ظهور صعوبة بالغة في التقبل الذاتي لحالتهم المرضية مما يؤدي إلى الشعور بفقدان التحكم بأنفسهم وبحياتهم.

القسم الثاني

المداخل النفسية المستخدمة في علاج الأزمة الصدرية (الربو)

تمهيد:

تتضمن نتائج الدراسات والبحوث المتعلقة بأنواع برامج العلاج النفسي المستخدمة مع المرضى المصابين بالربو عددا من البرامج أهمها:

- برامج التعليم النفسي.
- العلاج بالاسترخاء.
- التغذية الحيوية الراجعة.
- برامج العلاج الأسري.



وتبدو مداخل التعليم النفسي التي يتم حاليـا إعدادها بصورة مقننة ومعيارية ضمن برامج وطنية للعـلاج النفسي. وعادة ما تكون هذه البرامج ذات قيـمة فعالة جديرة بما تستـهلكه من نفقات Cost- effective. فهذه البـرامج تؤدي إلى النتائج الإيجابية التالية:

١/ تحسين مستوى التوافق النفسي.

٢/ زيادة معدل الالتزام والامتثال للبرنامج الدوائي.

٣/ الوصول بالفرد المصـاب إلى مستوى من الكفاءة الذاتيـة المدركة بصورة أكبر وذلك من خلال أسلوب إدارة الأعراض والتحكم فيها.

٤/ التقليل من استعمال الخدمات الطبية ومن الاعتماد عليها.

وقد تبين أيضا وجود آثار فعالة للعلاج بـالاسترخاء بالرغم من عدم التحقق من كـون هذه الآثار تعـود إلى استـرخاء عـضـلات الجسم الكـلية أو تعـود إلى الاسترخاء العضلي الخاصة بالوجه، أو بعضلات الجهاز التنفسي Respiratory على وجه الخصوص.

أما العـلاج الأسري فيعـتبر مسـاعدا لبعض مـرضى الربو. ويبدو من المهم القيام بتحديد وتعريف المكونات النشطة الف اعلة في هذه الطرق العلاجية بالإضافة إلى تحديد وتعريف الأشخاص الذين يستطيعون تقديم هذه الخدمات العلاجية.

وقد ارتفعت خـلال العقد الماضي نسبة الإصـابة المرضية Morbidity والوفاة Mortality بسبب مرضى الربو أو الأزمـة الصدرية بصورة سريعة ومفـاجئة (Sly, 1988). وقد ظهـرت بعض الأفكار عـزت ظاهرة الموت الناجم عن هذا النوع من الإصـابة المرضـيـة إلى سلوك اسـتعـمـال أدوية توسـيع القـصـيبـات الهـوائيـة bronchodilator medications الزائد عن الحـد الذي يؤدي بدوره إلى اسـتـثـارة وتنشيط جزء بيتا السمبتاوي من الجهاز العصبي المستقل مما قد يؤدي إلى الوفاة[١].

---

(١) يقصد باستثـارة نشاط جزء بيتا beta- stimulant Activity رد الفعل الناتج عن إثارة جزء بيتا من الأعصاب الأدرينالية. والاستجابات المرتبطة بإثارة مستقبل بيتا هي استجابات كافة أساسا إلا في حالة إثارة عضلة القلب. ويتـضمن نشاط بيتا توسـيع العروق والارتخاء المعوي الشـعبي وإسراع القلب. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني ١٩٨٩، ٤٠٤).

وهناك اتفاق بين العلماء والباحثين على أن تزايد الموت الناجم عن الأزمة الصدرية يحدث بسبب العلاجات الطبية المكثفة أو المفرطة وغير الكفؤة، أو غير المناسبة خاصة في مجال العنصر الالتهابي في الأزمة الصدرية. وقد أدت الدراسات المتعلقة بأسباب وفاة الأطفال المصابين بالأزمة إلى إثارة الانتباه إلى:

- العوامل السلوكية Behavioral factors المسهمة في تدهور الحالة الصحية لمريض الربو والمؤدية إلى الوفاة.
- سوء أداء الأسرة لوظائفها Family dysfunction
- عدم الالتزام الدقيق بتناول الأدوية والعلاجات

Poor patient adherence to medication

- سوء الرعاية الذاتية Poor self- care
- عدم الاهتمام بالأزمة بعد إدراكها والتنبه لها

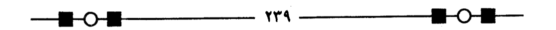
Disregard of perceived asthma symptoms

- الصراعات بين أسرة المريض والفريق الطبي Family- staff conflict
- ردود الفعل لخبرة الانفصال والخسارة

Reactions to experiences & separation and loss (Birkhead, et. al 1989; Miller& Strunk, 1989; Strunk, 1987)

وعلى ضوء هذه النتائج يبدو من المنطقي افتراض أن جميع هذه العوامل السلوكية قد تسهم في ضعف التحكم في الأزمة الصدرية وإدارتها طبيا بنجاح. وبالتالي فإن من الممكن القول بأن التدخلات العلاجية الواجب إجراؤها يجب أن توجه نحو تحسين فهم المريض لطبيعة الأزمة الصدرية ولتحسين التزامه بالأدوية والخطط العلاجية الطبية.

وفيما يلي تناول سريع للمداخل العلاجية الأربعة التي أشرنا إليها في بداية هذا القسم وقد أدمجت مع برامج العلاج الطبي والتي أثبتت الدراسات فعاليتها في تحسين توافق مريض الأزمة الصدرية مع حالته المرضية المزمنة.



أولا: مداخل التعليم النفسي Psycho- educational للتدريب على التحكم الذاتي للأزمة الصدرية:

صممت بعض البرامج العلاجية النفسية الوقائية المتعددة الأوجه بحيث توجه نحو حسن إدارة الأزمة الصدرية والتحكم فيها، ويتم تعليم المريض أفضل الطرق للتعامل مع مرضه. وعادة ما تتضمن هذه البرامج المكونات الآتية:

١/ التزود بالمعلومات عن مرض الأزمة الصدرية والأدوية المستخدمة في علاجه.

٢/ التدريب على تحديد المواقف المثيرة للأزمة الصدرية، وممارسة أساليب تجنبها.

٣/ التدريب على أساليب التقييم الذاتي لأعراض الأزمة الصدرية، وعلى استخدام وحدة القياس المشيرة إلى أعلى درجة من تصاعد النوبة الصدرية Peak Flow meter لقياس تفاقم Exacerbation حالة الأزمة الصدرية وكمؤشر لتناول الدواء الضروري أو طلب المساعدة الطبية.

٤/ استخدام العلاج الأسري والجمعي Group and family therapy للتصدي لشعور الخوف والقلق المصاحبين لهذا المرض والتخفيف منهما.

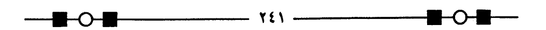
٥/ تشجيع المرضى على التقيد بالعادات والاتجاهات الصحية العامة والالتزام بها.

ولقد تم توجيه معظم البرامج العلاجية من هذا النوع إلى الأطفال المصابين بالأزمة الصدرية وإلى أسرهم (Feldman, 1987)، كما تم دمجها بالعلاجات والأدوية الطبية المكثفة القوية المفعول. وقد تم إعداد برنامج مماثل للراشدين المصابين بالأزمة الصدرية يحمل اسم البرنامج التعليمي الوطني للأزمة الصدرية The National Asthma Educational program الذي تم وضعه عام ١٩٩١ لتقييم evaluate وتنظيم organize وتقنين Standardize التدخلات العلاجية المناسبة لكبار المصابين بالأزمة الصدرية، وأيضا لزيادة الوعي العام بجدية مرض الأزمة الصدرية وخطورته أو بأهمية وكيفية تميز أعراضه والتعرف على الموارد العلاجية الخاصة بهذا المرض والمتوافرة في المجتمع.

وقـد توصل بعض العلمـاء (Klingelhofer and Gershwin 1988) إلى أن مراحل العلاج النفسي والأزمة الصـدرية التي تتبع أسلوب التحكم والإدارة الذاتية تؤدي إلى تحسن في مستوى التوافق الكلي (النفسي والاجتماعي) إذا صاحب ذلك الالتزام بالبرنامج الدوائي العـلاجي، وتؤدي أيضا إلى شعور أكبـر بالكفاءة الذاتية المدركة Greater Perceived self- Competence فيما يتـعلق بالتحكم بالأعراض، كما أنهـا تؤدي إلى استخدام أقـل للخدمات الطبيـة خارج المستشـفى. وقد أشار الباحثـان إلى أن هذه البرامج ذات قيمة اقتـصادية كبيرة لأنها تؤدي إلى توفـير ما يقارب (٣-١٠ دولارات) في الخـدمات الطبـية وذلك مقـابل كل دولار ينفق في تنفيـذ هذه البرامج العلاجـية. وأشارت نتائج دراسـة أخرى أيضا إلى فـاعلية هذا النوع من البرامج فـي التقليل من الصفـير Wheezing الناجم عن عسـر التنفس، ومن التغيب المدرسي ونتيجة الإقامة في المستشفى المترتب على تفاقم الحالة المرضية (elark, 1989).

وانتهت بعض الدراسـات -التي هدفت لتقـييم العمليـات التي تتم في هذه البرامج العـلاجية- إلى وجود تحـسن في السلوكيات والاتجاهات التي تصـدت لها هذه البرامج، وأن البرنامج التعليمي حـول الأزمة الصدرية المقدم للأطفال المصابين بهذه الأزمة قد أدى إلى اشتـراك الأطفال في أساليب الإدارة الذاتية لنوبات الأزمة أكثر من مستوى اشتراك مجـموعة أخرى من الأطفال خضعوا لبرنامج دوائي طبي فقط (Baum & Creer, 1986). أما بالنسـبة للراشديـن المصابين بهذا المرض فـقد تبين أن برنامج الإدارة الذاتيـة أدى إلى زيادة معـرفة المرضى المشاركين بالمـعلومات المهمة حول الأزمة الصدرية وإلى تناقص تكرار حدوث النوبات المرضية بصورة دالة (Snyder, Winder & Creer, 1987).

وهناك برنامـج عـلاجي مـعـرفي تعليـــمي مكثف Intensive cognitive- educational program (ثمان جلسات علاجية تراوحت مدة كل منها من ٢ إلى٣ سـاعات) يجـمع بين التعليم الـصحي والعـلاج العقـلاني الانفعـالي Rational- emotive therapy أظهر نتائج عالية الكفاءة اتضحت في انخفاض معدلات انشغال المرضى الدائم بمرضهم، وبتـراجع مستويات الـقلق والغضب المعبر عنه في الحـياة اليومـية، وبانخـفاض معـدلات استعـمال الأدوية الطبيـة الخاصـة بنوبات الأزمة



الصدرية (مثل دواء كورتيكوستيرويد Corticosteroid الشائع استخدامه في حالة الأزمة الصدرية لفاعليته) لعدم الحاجة إليها. (Maes and Schlosser, 1988)

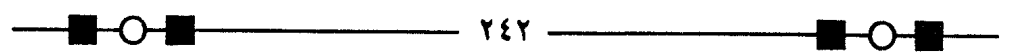
ثانيا: مداخل التحكم في الضغوط

يعتبر أسلوب التدريب على الاسترخاء Relaxation من أجل التعامل مع الضغوط والتحكم فيها من أكثر مكونات المداخل النفسية التعليمية التي لقيت رواجا وشيوعا بين الباحثين والمعالجين النفسيين بسبب نجاحها المذهل في التخفيف من التوتر المصاحب للإصابة المرضية. وقد أكدت الدراسات العديدة (Steptoe, 1984, Richter & Dahme, 1982) على هذه الحقيقة، وبصورة خاصة لدى تطبيق أسلوب التدريب على الاسترخاء مع المصابين بالأزمة الصدرية. فقد أدى التدريب على الاسترخاء العضلي التدريجي Progressive muscle relaxation training إلى ظهور تحسن ملحوظ وجوهري في الوظائف التنفسية Pulmonary Functions خاصة إذا ما أدمج بالأدوية الطبية اللازمة.

ثالثا: مداخل التغذية الحيوية الراجعة للتحكم الذاتي في الأزمة الصدرية:

تفترض بعض الدراسات أن التدريب على النظرية الحيوية الراجعة (مثل الاستعانة بالتخطيط العضلي الكهربائي EMG- الذي يعكس الحالة التوترية والانفعالية للمريض) إلى تقليل نشاط الأعصاب الرئوية الحائرة Vagol tone مما يؤدي بالتالي إلى تحسن حالة الأزمة الصدرية، وذلك لأن نشاط العصب الحائر المبهم Vagus nerve activity يعمل لتقلص وانقباض المسالك الهوائية. وقد أظهر المرضى الذين تدربوا على التغذية الحيوية الراجعة قدرة على إحداث زيادات مرحلية Phasic increases في معدل نبض القلب Heart rate مصحوبة بتناقص ملحوظ في معدل ذروة التدفق الزفيري Peak expiratory بالإضافة إلى تناقص حدوث النوبة التنفسية المرضية وانخفاض معدل الحاجة إلى استخدام الأدوية العلاجية (Harding & Maher, 1982).

وقد استخدم بعض المعالجين أسلوب التغذية الراجعة المتعلق بالصلة الحيوية بين القصبات الهوائية والأنف Trachea- noise biofeedback حيث قام كل من ميوسل، هارتلي (Mussell & Hartley 1988) من خلال ممارساتهما العلاجية



بتطبيق برنامج علاجي للتغذية الحيوية الراجعة وذلك على مجموعة من المرضى المصابين بالأزمة الصدرية حيث قاما بإحداث انقباض للقصبات الهوائية بصورة متعمدة من خلال التمارين الجسمية والتعرض للتهوية المكثفة. وقد أدى هذا الأسلوب إلى إحداث تحسن طفيف في تغيير النوبات الصدرية.

رابعا/ مداخل العلاج الأسري لتعديل تفاعلات أسرة المريض:

من المتوقع أن تسهم برامج العلاج الأسري في علاج مرضى الأزمة الصدرية من خلال طرق عديدة من أهمها:

١/ إنقاص التوتر الذي يسببه سوء أداء الأسرة لوظائفها الأساسية Family malfunction.

٢/ مساعدة الأسرة على أن تكون قادرة على التعرف بعقلانية على ما يتعلق بالاستخدام الأمثل للأدوية والخدمات الطبية والتدخلات العلاجية خلال مرحلة تفاقم حالة مريض الأزمة الصدرية.

٣/ مساعدة الأسرة على التحكم في الضواغط المختلفة الناجمة عن حدوث الأزمة الصدرية أو الضواغط التي قد تؤدي إلى تفاقم وتصاعد الأزمة الصدرية وحسن إدارتها والتعامل معها، خاصة لدى المرضى الذين لم تستثار لديهم النوبات الصدرية بسبب لضغوط الانفعالية.

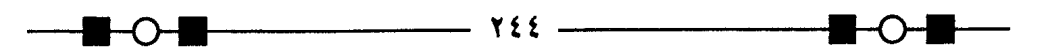
وقد استخدمت هذه الأنواع من البرامج العلاجية الأسرية بشكل حصري exclusively وبصورة خاصة مع الأطفال المصابين بالأزمة الصدرية. فقد صممت معظم البرامج العلاجية التعليمية التنفسية للأطفال المصابين بالأزمة الصدرية بحيث يتم تطبيقها ضمن مواقف وأوضاع أسرية Family settings. وقد توصل بعض الباحثين إلى وجود تحسن وتراجع في معدل الصفير Wheezing الناتج عن عسر التنفس لدى الأطفال المشاركين في هذا النوع من البرامج، والذين شاركت أسرهم في برنامج علاج أسري مؤلف من ست ساعات علاجية خلال مدة أربع أشهر (Mathew & Lask 1979).

وقد توصل باحثون آخرون إلى وجود زيادة وارتفاع في معدل ذروة التدفق الزفيري لدى أطفال مصابين بالأزمة الصدرية استفادوا هم وأمهاتهم من برنامج

علاج نفسي أسري متعدد الأوجه أشرف على تطبيقه فريق مؤلف من أخصائيين متعددي التخصصات المهنية (Weingarten, et. al, 1985)

كما انتهى بعض الباحثين إلى فاعلية برنامج علاج أسري تضمن مشاركة أسرة الطفل المريض بالأزمة الصدرية في برنامج علاجي لمدة ثمانية أشهر حيث أظهر الأطفال تحسنا في مقاييس التقييم الصحي بطب الأطفال العام، وفي التقديرات الكلينيكية لأعراض الأزمة الصدرية، وفي دورة التدفق الزفيري، وفي تناول الأدوية الطبية والالتزام بها، وفي تراجع عدم الدقة الحادث في الأداء اليومي، وفي انخفاض معدل القلق، وفي زيادة الكفاءة في التعامل مع أعراض المرض.

وقد ركز البرنامج العلاجي على قضايا من مثل الانغماس الزائد عن الحد في المرض Over- involvement وتصلب الشخصية وجمودها Rigidity بالإضافة إلى تطوير الوعي لدى أفراد الأسرة بأن الطفل المريض بالأزمة الصدرية يستغل ويستخدم تجنب الصراعات الأسرية والالتفاف حولها، وهو ما يجب أن يوقف بعد أن يفهم الآباء الموقف وملابساته جيدا.



مراجع الفصل السادس

١- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٨ .

٢- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩و ص٤٠٤ .

٣- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠ .

4. Baum, D., and Creer, T.L. (1986): Medication compliance in children with asthma. Journal of Asthma, 23, 49-59.

5. Birkhead, G., Attaway, N.J., Strunk, R.C., Townsend, M.C. and Teutsch, S. (1989): Investigation of a cluster of deaths of adolescents from asthma: Evidence implicating inadequate treatment and poor patient adherence with medications. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 84, 484-491.

6. Celli, B.R., Cosentino, A., Fiel, S. and Pretty, T.L. (1997): The Challenge of COPD: Therapeutic strategies that work. Patient Care, 31, 101-106; 109-112.

7. Chang-Yeung, M. and Malo, J.L. (1995): Occupational asthma. New England Journal of Medicine, 333, 107-112.

8. Chiocca, E. and Russo, J. (1997): Acute asthma attack. Nursing, 27, 43.

9. Clark, N.S. (1989): Asthma self-management education: Research and implications for clinical practice. Chest, 95, 1110-1113.



10. Falvo, D.R. (1999): Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability. (pp. 287-299), Maryland: Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg.

11. Feldman, C.H. (1987): Asthma education: General aspects of childhood programs. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 80, 494-497.

12. Harding, A.V., and Maher, K.R. (1982): Biofeedback training of cardiac acceleration: Effects on airway resistance in bronchial asthma. Journal of Psychosomatic Research, 26, 447-454.

13. Klingelhofer, E.L. and Gershwin, M.E. (1988): Asthma self-management programs: Premises, not promises. Journal Asthma, 25, 89-101.

14. Lask, B. and Matthew, D. (1979). Childhood asthma. A controlled trial of family psychotherapy. Archives of Disease in Childhood, 54, 116-119.

15. Lehrer, P.M., Hochron, S.M., McCann, B.S., Swartzman, L. and Reba, P. (1986): Relaxation decreases large-airway but not small-airway asthma. Journal of Psychosomatic Research, 30, 13-25.

16. Lehrer, P.M., Sargunaraj, D. and Hochron, S. (1992): Psychological Approaches to the Treatment of Asthma. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 639-643.

17. Maes, S., and Schlosser, M. (1988): Changing health behaviour outcomes in asthmatic patients: A pilot intervention study. Social Science in Medicine, 26, 359-364.

18. Miller, B.D. and Strunk, R.C. (1989): Circumstances surrounding the deaths of children due to asthma. American Journal of Diseases of Children, 143, 1294-1299.

19. Mussell, M.J., and Hartley, J.P. (1988): Trachea-noise biofeedback in asthma: A comparison of the effect of trachea-noise biofeedback, a bronchodilator, and no treatment on the rate of recovery from exercise - and eucapnic hyperventilation-induced asthma. Biofeedback and Self-Regulation, 13, 219-234.

20. National Asthma Education Program (1991): Executive summary: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Hearth, Lung, and Blood Institute of the National Institutes of Health.

21. Peterson, D.D. and Pitman, A.P. (1996): Sleep apnea syndrome. In R. Rakel (Ed.), Conn's current therapy (pp. 180-182). Philadelphia: W.B.Saunders.

22. Richter, R. and Dahme, B. (1982): Bronchial asthma in adults: There is little evidence for the effectiveness of behavioral therapy and relaxation. Journal of Pshychosomatic Research, 26, 533-540.

23. Sly, R.M. (1988): Mortality from asthma, 1979-1984. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 82, 705-717.

24. Snyder, S.E., Winder, J.A. and Creer, T.L. (1987): Development and evaluation of an adult asthma self-management program. Journal of Asthma, 24, 153-158.

25. Steptoe, A. (1984): Psychological aspects of bronchial asthma. In S. Rachman, (Ed.), Contributions to medical psychology (Vol. 3, pp. 7-32). Elmsford, NY: Pergamon Press.



26. Strunk, R.C. (1987): Asthma deaths in childhood: Indentification of patients at risk and intervention. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 80, 472-477.

27. Wilson-Pessano, S.E., and McNabb, W.L., (1985): The role of patient education in the management of childhood asthma. Preventive Medicine, 14, 670-687.

28. Weingarten, M.A., Goldberg, J., Teperberg, Y., Harrison, N. and Oded, A. (1985): A pilot study of the multidisciplinary management of childhood asthma in a family practice. Journal of Asthma, 22, 261-265.

☺☺☺☺☺☺





حالات مرضى السكر

مواجهة مرض السكر والتوافق معه

علم النفس التأهيلي ورعاية مرضى السكر

دور الأخصائي النفسي في علاج مرضى السكر

خطوات هادية مقترحة بشأن الخدمات النفسية لمرضى السكر



القسم الأول
مواجهة مرض السكر والتوافق معه

مقدمة في خطورة الأمراض المزمنة:

تعتبر الأمراض المزمنة (مثل السرطان والأمراض القلبية والأزمة الصدرية والسكر) من المسببات الرئيسية والشائعة للوفاة. وتشكل هذه الأمراض ما نسبته ٨٠٪ من حالات الوفاة في الدول الغربية (Moes, Leven thal & DeRidder, 1996). وتؤكد نتائج العديد من الدراسات والبحوث أن الأعراض وإجراءات التشخيص وأنظمة العلاج الصارم لهذه الأمراض المزمنة، وفي كل مرض منها بشكل مستقل، يمكن أن تمثل مصدرا للتوتر والتعاسة النفسية (مثل تزايد القلق والاكتئاب عند المصابين بهذه الأمراض) (Lustman 1988; Wells, Golding & Burnam, 1988; Wilkinson, 1991)

وتلعب أساليب وإستراتيجيات المواجهة Coping strategies والتعامل مع الأبعاد المختلفة للأمراض المزمنة دورا أساسيا في عملية التوافق النفسي للمريض (Aldwin, 1994; Endler, Parker & Summer feldt, 1993, 1998; Reid, et. al, 1994; Taylor, 1999)

وبالإضافة إلى ما سبق فإن تقييم المريض لحالته فيما إذا كانت قابلة للسيطرة عليها Controllable أو غير قابلة للسيطرة عليها Uncontrollable يعتبر محددا رئيسيا في عملية اختياره لأساليب واستراتيجيات المواجهة. ولقد تناولت بعض الدراسات المدى الذي تؤثر فيه استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المريض وتقييمه لحالته على صحته النفسية والجسمية، وجعلت هذه القضية موضوعا للنقاش والتداول (Felton & Revenson, 1984).

أ/ المواجهة والتقييم Coping and Appraisal

تعرف المواجهة بأنها «الجهود المعرفية» Cognitive والسلوكية Behavioral المتغيرة بانتظام وثبات Constantly Changing، وذلك من أجل السيطرة وإدارة

مطالب معينة داخلية أو خارجية يتم تقييمها بأنها تتضمن إنهاكا Taxing أو تجاوزا Exceeding لموارد أو مصادر Resources الفرد وإمكانياته (Lazarus & Folkmon, 1984, 141). كما يمكن للمواجهة أن تتضمن الجهود التي يبذلها الفرد من أجل تنظيم انفعالاته وعواطفه (Summerflalt & Endler, 1996).

أ/١ استراتيجية المواجهة:

يعتبر «لازاروس» و«فولكمان» Lazarus & Folkman 1984 من أوائل العلماء الذين صنفوا المواجهة التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع الأحداث، وذلك من خلال الأبحاث النظرية والتجريبية إلى نوعين (النوعان الأول والثاني) ثم أضاف باحثون آخرون نوعا ثالثا من المواجهة والأنواع الثلاثة من المواجهة هي:

أ/١/١: استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة Problem- Focused coping strategies التي تتضمن المعارف والسلوكيات التي تعالج المشكلة المسببة للتعاسة.

أ/١/٢: استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال Emotion- focused coping strategies التي تتضمن تنظيم الانفعالات Regulating emotion والتعاسة Distress المرتبطة بالضواغط Stressors.

أ/١/٣: وهو النوع الذي أضافه اندلر Endler وباركر Darker (١٩٩٠، ١٩٩٤، ١٩٩٩). وهو استراتيجية المواجهة(١) من خلال أسلوب

---

(١) المواجهة Coping وهي من ناحية أخرى هي التصدي أو التدبر أو المعالجة المباشرة للموقف، أو أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب. وهناك سلوك التصدي أو الكفاح الناجح Coping behavior وهو أي تكيف شعوري أو لا شعوري يخفض التوتر في المواقف أو الخبرات الضاغطة. وتتراوح الأمثلة لهذا السلوك ما بين الدوران حول المدينة بسبب الزحام في طرقاتها الداخلية واللجوء إلى حيل دفاعية محكمة لإبعاد القلق. ويكون هذا السلوك عادة على مستوى الهدف ويحقق التكيف مع البيئة.

وهناك استراتيجية التصدي والكفاح الناجح Coping Strategy سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف. واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية. واللفظ يطلق على الاستراتيجية التي تصمم لمعالجة مصدر القلق. فالطالب القلق بالنسبة لامتحان قادم يقوم بالدرس والاستذكار ساعات طويلة للتصدي له. أما الحيل الدفاعية فتوجه للقلق وليس لمصدره أو أساسه (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩، ٧٦٣).



التجنب Avoidance coping الذي يعتبر أحد أشكال الهروب من المواقف الضاغطة المزعجة.

وقد أظهرت البحوث أن التقييم المعرفي يمكن أن يؤثر على كيفية مواجهة الفرد وتعامله مع الضواغط المزعجة (Lazarus & Folkmon, 1984, Taylor, Lichtman & wood 1984). وتعتبر السيطرة المدركة Perceived control مفهوما جوهريا وأساسيا في عملية التقييم المعرفي هذه والتي يمكن تعريفها بأنها عبارة عن «الاعتقاد بأن لدى الفرد وتحت تصرفه استجابة يمكن أن تؤثر على النواحي المقرة في حدث ما».

أ/٢ صلاحية المواجهة:

وتؤكد فرضية أو مفهوم صلاحية المواجهة والتي افترضت لتفسير الصلة بين إدراك السيطرة واستراتيجيات المواجهة والمتغيرات الناتجة على ما يلي:

أ/ ٢/ ١- أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة (النوع الأول) تعتبر أفضل الوسائل لمواجهة الضواغط التي تدرك بأنها قابلة للسيطرة عليها.

أ/ ٢/ ٢- أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعالات والاستراتيجيات التي تركز على استخدام الأسلوب التجنبي (النوعين الثاني والثالث) تعتبر أن من أفضل الوسائل لمواجهة المواقف التي تدرك بأنها ليست قابلة للسيطرة عليها.

وقد دعمت نتائج الدراسات التجريبية هذه الفرضية وأيدتها. وتشير تضمينات فرضية صلاحية المواجهة في الأبحاث المركزة على الصحة إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة والموجهة نحو المشكلة تبدو أكثر مناسبة عندما يدرك المرض على أنه شيء يمكن السيطرة عليه وذلك مقارنة بإدراكه بأنه خارج نطاق وإمكانيات الفرد للسيطرة عليه.

ب/ المواجهة والتقييم والتوافق مع المرض:

برهنت بعض الدراسات التي بحثت موضوع مواجهة المشكلات الصحية على وجود آثار صحية مفيدة ناجمة عن استخدام استراتيجيات مواجهة معينة على التوافق النفسي مع حالة المرض، وعلى إدراك المريض لمرضه (Taylor, 1999; Moes, et. al, 1996) كما توصلت دراسات أخرى إلى الأهمية الخاصة لتقييم المرض من حيث إمكانية السيطرة عليه، وذلك في مجالات استخدام أساليب مواجهة محددة، وفي مجال عملية التوافق النفسي مع حالة المرض (Taylor, et. al, 1984).

وقد أكدت هذه البحوث على أن الأمراض المزمنة التي تكون بطبيعتها غير مسيطر عليها (مثل الأورام السرطانية) غالبا ما ترتبط باستخدام المريض لاستراتيجيات المواجهة نحو الانفعالات ونحو أساليب التجنب والهروب، في حين أن الأمراض الأخرى التي تعتبر أكثر قابلية للسيطرة الشخصية (مثل مرض السكر) غالبا ما ترتبط باستخدام استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة (Macrodimitris & Endler, 2001).

القسم الثاني

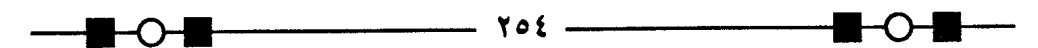
علم النفس التأهيلي ورعاية مرضى السكر

أ- مرض السكر:

يعتبر مرض السكر[١] مرضا مزمنا يحدث عندما ما لا يكون الجسم قادرا

(١) مرض السكر (داء السكري الماسخ) diabetes اضطراب أيضي يتميز بنقص في إفراز هرمونات الغدة النخامية الخلفية التي تضبط إفراز الماء من العكر وتجعله في المستوى السوي. وهذه الهرمونات هي مضاد البول anti-diretic ورافع ضغط الدم Vasopressin التي تزيد من المادة امتصاص الماء من أنابيب الكلى ويخبر المريض درجة عالية من العطش ويفرز مقادير كبيرة من البول ولكن بدون المستوى المرتفع من السكر الذي يوجد في بول مرضى البول السكري diabetes mellitus.

أما مرض البول السكري diabetes mellitus فهو اضطراب أيضي يحدث نتيجة الإنتاج أو الاستخدام غير الفعال لهرمون الأنسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس. وبسبب تقطع الأنسولين فإن المريض لا يكون قادرا على أن يؤكسد وأن يستفيد من العناصر الكربوهيدراتية في طعامه. وبسبب تراكم الجلوكوز في الدم الضعف والشعور بالإنهاك وتدفق السكر في البول. كذلك فإن أيض المواد الدهنية يضطرب بحيث تكون النتيجة في النهاية تراكم المواد الدهنية في البول. (جابر، كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث ١٩٩٠، ٩٤٩-٩٥٠).



على إنتاج الأنسولين، أو عندما لا يقوم الجسم باستعمال الأنسولين والاستفادة منه بصورة صحيحة داخل الجسم The body does not produce or properly use Insulin. ويعتبر هذا المرض واحدا من أكثر الأمراض شيوعا وتكلفة في الوقت الحالي. وهو السبب السابع المؤدي للوفاة في دولة كالولايات المتحدة مثلا. وإلى الآن لا يوجد له دواء شاف بشكل كامل.

وتتضمن المضاعفات الناتجة عن مرض السكر الإعاقات والأمراض الآتية:

- العمى Blindness
- أمراض الكلى Kidney disease
- الأمراض القلبية والسكتة الدماغية Cardiac diseases & Stroke
- أمراض الأعصاب Nerve diseases
- بتر الأعضاء Amputations
- العجز الجنسي Impotence

وترتبط النفقات العالية لهذا المرض (التي تناهز ٩٢ مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية) بتكاليف الرعاية الصحية لمعالجة السكر والخسائر المالية الناجمة عن تعطل القدرة الإنتاجية للمريض. فمرضى السكر الذين تتراوح أعمارهم من ١٨ إلى ٦٤ سنة يخسرون ما يساوي ٨,٣ يوم عمل سنويا مقارنة بما يخسره الأفراد غير المصابين بالسكر والذي لا يزيد عن ١,٧ يوم سنويا (American Diabetes Association (ADA) 1997 a).

ب- أنماط مرض السكر:

يمكن أن يقسم مرض السكر إلى ثلاثة أنماط وهي:

ب/١ سكر الحمل Gestational diabetes: وهذا النمط يظهر أثناء فترة الحمل.

ب/٢ سكر نمط (١) Type (1) diabetes وهو مرض مزمن ويصيب ١٠٪ من حالات مرض السكر. وينتج بسبب عمليات مناعية ذاتية Auto immune processes تقوم بتدمير الخلايا المنتجة لمادة الأنسولين في

البنكرياس Pancreas. ويطلق على هذا النمط (مرض السكر المعتمد على الأنسولين Insulin- dependent diabetes mellitus أو سكر الأحداث Juvenile- onset diabetes) ويوصف هذا النوع بأنه من أشد الأنواع حدة (Taylor, 1999) ويؤدي هذا النمط من السكر إلى حدوث حالة ارتفاع نسبة السكر في الدم Hyperglycemia وتتم معالجته بواسطة حقن المريض بمادة الأنسولين.

ب/ ٣ سكر نمط (٢) Type (2) diabetes، وهو مرض مزمن يصيب ٩٠٪ من حالات مرضى السكر، ويعتبر مرضا دائما مدى الحياة، يتطور خلال مرحلة الرشد بسبب مقاومة الجسم لمادة الأنسولين، وعدم كفاءة الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو بسبب استخدام الجسم غير الكافي لمادة الأنسولين ويطلق على هذا النمط اسم (مرض السكر الذي لا يعتمد على الأنسولين Non- Insulin- dependent diabetes أو سكر بداية النضج Maturity- onset diabetes وتتم معالجة هذا النوع بواسطة اتباع نظام غذائي والقيام بالتمرينات البدنية وتناول الأدوية الخاصة به، كما يحتاج ثلث المصابين به إلى حقن الأنسولين.

وكما يحدث مع معظم المصابين بالأمراض المزمنة يعاني مرضى السكر من مستويات عالية من الاكتئاب والقلق (Lustman, Griffith & Clouse 1996) والتي تنجم عن نظام العلاج الصارم والمعدلات العالية للإصابة بالمضاعفات المرضية الحادة (مثل أمراض الكلى) المرتبطة مباشرة بمرض السكر.

وقد قامت الجمعية الأمريكية لمرض السكر American Diabetes Association (ADA) بتطوير رعاية صحية لمرضى السكر وذلك لضمان جودة الخدمات الطبية والرعاية النفسية لضحايا هذا المرض. وتقترح هذه المعايير ضرورة الاستعانة بالفريق الطبي الذي تتناسق جهوده بمن في ذلك أخصائيو الصحة النفسية والاستعانة بخدماتهم.

وتشير المعايير الطبية للجمعية الأمريكية للسكري إلى أن التقارير الطبية التي يعدها المعالجون حول التاريخ المرضي لمرضاهم يجب أن تركز على العوامل الآتية:

- أسلوب الحياة.

- العوامل الثقافية والنفسية والتعليمية والاقتصادية التي يمكن أن يكون لها دور في السيطرة على مرض السكر (ADA, 1998).

وتوصي هذه المعايير أيضا -لضمان الرعاية المستمرة لمرضى السكر- بضرورة مراعاة القضايا النفسية والتوافق، ومشكلات التقيد والالتزام بالبرنامج العلاجي. أما فيما يتعلق بمجموعة الأطفال المصابين بالسكري فتشير المعايير بصورة خاصة إلى أهمية تحديد قدرات الطفل المصاب وقدرات أسرته على تطبيق الخطة العلاجية وتحدد هذه المعايير دور القائمين بالرعاية الطبية في تقييم العوامل السلوكية والنفسية والاجتماعية.

القسم الثالث

دور الأخصائي النفسي في علاج مرضى السكر

يؤدي التقييم والعلاج النفسي المتكامل لمرضى السكر إلى تحسين قدرة المريض على ضبط نسبة السكر في دمه وذلك من خلال ثلاثة أساليب:

١/ زيادة تقبل المريض لحالة المرض.

٢/ إحداث التغيير السلوكي الذي يتمثل في أسلوب المريض المتبع للرعاية الذاتية.

٣/ إزالة العوائق النفسية التي تحول دون حدوث السيطرة على المرض.

وفيما يلي سنعرض بعض أنواع التدخلات العلاجية النفسية المتبعة مع مرضى السكر وأثر هذه التدخلات عليهم خاصة فيما يتعلق بضبط نسبة السكر في الدم والوصول به إلى المستوى الطبيعي.

أ/ زيادة تقبل المريض لحالته المرضية:

يمر المريض الذي يتم تشخيصه بالإصابة بمرض السكر بنفس المراحل التي يمر بها الأفراد الذين يحاولون ويتحدّون المشكلات المتعلقة بالموت والمؤدية له، فهم يمرون أولا في مرحلة الصدمة ثم ينتقلون إلى مرحلة الإنكار ثم مرحلة الغضب ومن ثم مرحلة الاحتجاج ثم مرحلة المساومة وأخيرا مرحلة الاكتئاب. وتؤدي أي من هذه المراحل إلى الحيلولة دون تقبل المريض للتشخيص الذي أطلعه الطبيب عليه، مما يتدخل بل وقد يحول دون التزام المريض بالخطة العلاجية. ويقترح العديد من الباحثين أن التوافق مع المرحلة الأولية لتشخيص المرض يتم تعزيزه

بواسطة الاتصال الـذي يتم بين المريض والعديد من أعضـاء الفريق الطبي المتـعدد المهن الذين يكونون عادة من الخـبراء والأخصائيين في الطب والتمـريض والصحة النفسية (Jacobson, 1996; Cox, et. al, 1991) .

ويعتـبر التقـييم المبكر Early Assessment للمرحلة التي يجـتازها المريض والتي تعقب تشخيصه بمرض السكر بالإضـافة إلى توفير البرنامج العلاجي المناسب أمران يسـاعدان المريض على الوصول إلى حـالة من التقبل والبـدء بالسيطرة على المرض بصـورة مبكرة. وعـادة ما يتم إعطاء المرضى الذين لا يلتـزمون بالنصـائح الطبية محاضـرات تثقيفية ذات منهج علاجي نفسي عن المضاعفـات المتوقعة (مثل فقدان البصر).

ويكون هدف هذه المحاضـرات توجيه تحـذير غيـر مباشـر عن الخطر المتوقع بالإضافـة إلى منح المرضى سببـا منطقيا للبدء فـي تقديم رعاية أفضل لأنفـسهم، والاعتراف الـواقعي بمرضهم وتقبل حـالتهم المرضية. ومن خـلال المدخل النفسي العلاجي المتـبع في هذه المحاضرات التـعليمـية يستطيع الأخـصائيون التـعامل مع حالات الخـوف الذي يكمن وراء حالة الإنكار عـوضا عن الإضـافة إلى مـخاوف المرضى مخاوف جديدة.

ب/ تكييف الخطة العلاجية المتبعة تبعا لاستعداد المريض:

يشير المسـتوى الآخر للتقـييم الذي يجب أن يجربه الفريق الطبي بـعد تقبل مريض السكر لتـشخيص مـرضه إلى تقييم اسـتعداد المريض للقـيام بتغيـيرات في أسلوب حياته والمطلوبة من أجل الالتزام بالبرنامج العلاجي الخاص بمرضى السكر.

ويشير نموذج الاستعداد للتغيير Readiness- to- change model الذي قدمه مـجمـوعـة من العلمـاء (Prochasba, Diclemente & Norcross, 1991) إلى أن المرضى يقومـون بإجراء دورة تغـيير في أسلوب حـياتهم ويمرون بخـمس مراحل كالتالي:

١/ مرحلـة ما قبل التـفكير والـتأمل Pre- contemplation للتـغييـر الذي تستلزمه حـالتهم المرضية: ويكون المريض في هـذه المرحلة غير واع أو غير راغب في تقبل المشكلة والحاجة اللازمة للتغيير.

٢/ مرحلـة التفكير والـتأمل Contemplation: وهنا يقوم المريض بعـملية الوزن والتقييم للفائدة التي سيجنيها من عملية التغيير.

٣/ مرحلة التهيئة Preparation: هنا ينوي المريض القيام بالتغيير.

٤/ مرحلة العمل Action: هنا يقوم المريض بتنفيذ التغيير.

٥/ مرحلة الاحتفاظ Maintenance: يستمر المريض في هذه المرحلة بالقيام بالسلوكيات المطلوبة لقناعته بأهميتها.

مثال: حالة السـيد (س) يعاني هذا الشـخص من البدانة المفـرطة. وقد تم تشخيص حالته مؤخرا بأنها سكر من النمط (٢). والتغيير المطلوب إجراؤه منه هو إنقاص الوزن. ولو حاولنا تطبيق المراحل السابقة عليه سنجد ما يلي:

١/ في مرحلة ما قبل التفكير والتأمل سـيشعر السيد (س) بأن تناول الطعام موضوع فيه الكثير من المتعة.

٢/ في مرحلة التـفكير والتأمل سـيتمكن السـيد (س) من إدراك الصلة بين برنامجه الغذائي والمرض الذي أصـيب به لكنه ليس جاهزا بعد للتخلي والاستغناء عن أطعمته المفضلة.

٣/ يدخل السيد (س) مرحلة التهيؤ والاسـتعداد ندما يدرك تماما أنه سيقوم باتباع نظام غذائي لكنه لا ينفذه إلا بعد دخوله المرحلة الرابعة.

٤/ في مرحلة العمل سنرى أن السيـد (س) يواظب بجدية على اتباع النظام الغذائي المطلوب منه التقيد به.

٥/ في مـرحلة الاحتـفاظ سيكـرس السيـد (س) جهوده وطاقـته لتـجنب الانتكاس والعودة إلى عاداته السابقة في تناول الطعام بشراهة.

ج/ المواجهة والتعامل مع البرنامج العلاجي الطبي:

غالبا ما تؤدي ضـواغط الحياة البسيطة وتعقـد النظام العلاجي الطويل الأمد إلى تقويض نجـاح المريض في الفهم والاستمـرار في الاحتفاظ بسلوكـيات الرعاية



الذاتيـة. ويبدو أن الـضغـوط تؤثر على الضـبط الأيضي Metabolic control [1] وذلك بسبب العـوامل النفسية والاجـتماعيـة المؤثرة على المسارات الفيزيولـوجية، وعلى التقيد والالتزام بالنظام العلاجي، وتؤكـد نتائج الدراسات التجريبية على أن الضغوط تؤثر على إنتـاج السكر في الدم لدى الأفراد الذين يتصفون باسـتخدامهم لنمط مواجـهة غير توافـقية مثل الكفـاية الاجتماعـية الضعيـفة Poor Social Competence (Hanson, et. al, 1987) والغضب (Peyrot & Me Murray, 1992).

ويحتـاج مريض السكر إلى العديد من بـرامج العلاج النفسي التي تتـضمن الأنواع والفنيات التالية:

ج/١ التدريب على تعلم مهارات المواجهة الفعالة Effective Coping Skills

يحتـاج مريض السكر إلى تعلم مهـارات المواجهة الفعـالة والتدريب الكافي على إتقـانها، وذلك من أجل التـخفـيف من آثار ضواغط الحـياة عليـه. وتؤدي مهـارات المواجهة الفعـالة إلى الوصول بالمريض إلى كل من الثقـة في القدرة على التعامل مع المرض، وتحسين مستوى الصحة النفسية لديه، والتي بدورها تؤدي إلى التأثير إيجابيا على الضبط الأيضي.

وتعـتبر مـهارات التـواصل Communication skills من ناحـية ومـهارات التخـفيف من الضـغوط Stress Reduction من ناحيـة أخرى مـهارتين من أكـثر مهارات المواجـهة شيوعا وأهمـية، ويحتاج مريض السكر إلى التـدريب عليها كي يتـمكن من العيش بسـلام مع مرضـه الطويل الأمـد. هذا بالإضافـة إلى النوعين الآخرين من مـهارات المواجهة وهـما: المهارات التوكـيدية Assertiveness skills ومهارات التدريب على الاسترخاء Relaxation Training skills.

---

(١) الأيض أو التمثيل الغذائي Metabolism هي العمليات الحـيوية الكيميائية والتي عن طريقـها تبتلع المواد الكيميـائية في البيئة لتصـبح مصادر للطاقة ومواد بنائيـة. وتمثل عملية تكـسير الجزيئـات المركبة الكبيـرة في الطعام المرحلة أو الطـور الهرمي Catabolic phase بينما تمثل عـملية تركيب جـزيئات جديدة بعد عملية الهدم -الطور البنائي anabolic phase. ويستطيع الجسم الإنساني أن يركب معظم المواد اللازمة لأداء الوظائف بشكل طبـيعي من الجزيئـات الأساسية في مـختلف الأطعمة الشـائعة. ولكن بعض الأحماض الـدهنية والأحماض الأمينيـة وكذلك الفيتامـينات والمعادن لا يمكن أن تركب بواسطة العمليات الجـسمية الكيمـيائية بل لابد من أن تكون موجودة في الطعام الذي يؤكل. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢، ٢١٦٦-٢١٦٧).

وعلى هذا يكون أمامنا أربعة أنواع من المهارات على الأخصائي النفسي أن يدرب مريض السكر على إتقانها وهي:

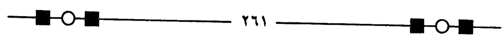
- مهارات التواصل.
- مهارات التخفيف من الضغوط.
- مهارات التوكيدية.
- مهارات التدريب على الاسترخاء.

وعادة ما يقوم الأخصائيون النفسيون بجعل مرضاهم يستخدمون أسلوب لعب الدور Role Play من أجل الوصول بهم إلى مستوى من الإتقان والبراعة في استخدام مهارات التواصل والتوكيدية، كما أن التدريب على الاسترخاء مثل التنفس العميق يعتبر من الأساليب الفعالة في إنقاص التوتر والقلق وبالتالي يؤدي ذلك إلى تحسين قدرة المريض في السيطرة على مستوى السكر في دمه (Surwit & Feinglos 1983).

وتقدم برامج العلاج والتعليم النفسي هذه عادة بصورة فردية أو جمعية. ولا يخفى أن العلاج النفسي الجمعي Group Psychotherapy يساعد مرضى السكر على الشعور بالثقة، وبأنهم أقل عزلة من الآخرين بسبب مرضهم. فقد توصلت الدراسات التي أجريت للتحقق من فاعلية التدخلات العلاجية النفسية الجمعية على مرضى السكر التي تتضمن التدريب على مهارات المواجهة إلى التحسن الواضح في ضبط السكر في الدم Glycemic control وإلى التغيرات الإيجابية في المزاج Mood وتقدير الذات Self- Esteem والكفاية الذاتية Self- Efficacy والمعرفة والمعلومات المتعلقة بمرض السكر، بالإضافة إلى زيادة الشبكة الاجتماعية Social Network ونموها للمريض, Rubin, Peyrot & Saudek, 1993 Marrero, et. al, 1982)

ج/٢ مدخل تعديل السلوك Behavior Modification Approach

يؤدي مدخل تعديل السلوك بمريض السكر إلى تحسين الضبط الأيضي لديه، وإلى تحسين تقبل المرض، وإلى التقليل من المخاوف المتعلقة بالمضاعفات الناجمة عن المرض.



ج/٣ جماعات الدعم لمرضى السكر الكبار في السن:

Diabetes Support Groups for Older patients

أظهر الاشتراك في هذه الجماعات فوائد طويلة الأمد تعود على المرضى، وذلك فيما ستعلق بالمعلومات الخاصة بمرضى السكر والوظائف النفسية والاجتماعية (مثل الإحساس بالقيمة الذاتية وزيادة الدافعية للتحسن الجسمي من خلال مراعاة التقيد بالبرنامج الطبي وأسلوب الرعاية الذاتية، والضبط الأيضي.

ج/٤ دعم الأقران المدمج برسائل التغيير السلوكي سهلة التبني:

Peer Support Combined with Easy- to- Adopt Behavioral change messages.

ويؤدي الاشتراك في هذا النوع من البرامج العلاجية النفسية إلى تحسين التقيد بالبرامج الصحية الواجب التقيد بها كإنقاص الوزن، والمحافظة على الوزن المطلوب والسيطرة على مستوى السكر في الدم.

د/ تحسين التواصل بين الطبيب والمريض:

Enhancing Doctor- Patient Communication

يعتبر التدعيم النفسي لمرضى السكر وإمدادهم بالقوة عاملا أساسيا يؤدي بالمريض إلى الوصول إلى أفضل مستوى من الضبط الأيضي. وتتضمن عملية التقوية هذه قيام مرضى السكر بالمشاركة في اتخاذ قرارات متعلقة بالبرنامج الصحي المطلوب منهم اتباعه. وقد أكدت إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة من المرضى شاركوا في مجموعة للتدريب على التقوية النفسية أنهم حصلوا على مكاسب أكثر فائدة فيما يتعلق بالكفاءة الذاتية وإنقاص مستوى الهيموجلوبين السكري Glycosylated Hemoglobin (مستوى السكر في الدم).

وقد تحسنت مستويات الشعور بالرضا وذلك عندما قام الأخصائيون النفسيون بتطوير توقعات مشتركة حول بعض قضايا المرضى مثل (التعرض لمضاعفات في الكلى والمشاعر المصاحبة كالخوف والقلق) أو أسلوب الحياة مع المرض (مثل أسلوب الرعاية الذاتية التي يحتاجها المريض) كما تبين أنه عندما تم تشجيع المرضى

بصورة منتظمة على استخدام المعلومات المتعلقة بمرضى السكري أثناء المناقشة والتفاوض حول القرارات الطبية مع الأطباء قد تحسنت مستويات ضبط السكر في الدم، كما تراجعت مستويات المحدودية الوظيفية الأدائية لدى المرضى.

هـ/ العلاج الأسري: Family Therapy[1]

يبدأ العلاج الأسري ويستمر طيلة فترة مرض السكر وذلك ابتداءً من التشخيص الأول للإصابة مرورا بتقدم المرض وتطوره وحتى الوفاة. ويشير بعض الباحثين إلى أن وجود حالة مريض السكر داخل الأسرة يؤثر بصورة عامة على السواء النفسي لأفراد الأسرة الأصحاء والذي ينعكس بدوره سلبا على مريض السكر نفسه.

وتساعد برامج العلاج الأسري على توافق أفراد الأسرة مع حالة مرض أحد أعضائها بالسكر، وهذا يعزز التقبل المبكر للمرض ويشجع على ممارسة سلوكيات الرعاية الذاتية الواجب على المريض التقيد بها. وتتضمن برامج العلاج الأسري الموجهة إلى أفراد أسرة المريض دروسا تعليمية حول القضايا الرئيسية التالية:

هـ/ ١ ماهية مرض السكر.

هـ/ ٢ السلوكيات الواجب اتباعها لتحقيق السيطرة على المرض.

هـ/ ٣ كيفية تأثير سلوكيات أفراد الأسرة على عملية ضبط السكر لدى المريض.

هـ/ ٤ السلوكيات السلبية عند المريض (مثل الاندفاعية Impulsion ونقص الانتباه إلى المطالب الطبية lack of attention to medical needs وكيفية التعامل معها.

---

(١) العلاج الأسري Family Therapy هو نوع من العلاج والإرشاد النفسي يمارس مع أفراد الأسرة كجماعة بدلا من علاج حالة عضو فيها بمفرده. قد طور هذه الطريقة ناثان اكرمان N-Ackerman الذي ذهب إلى أن الأسرة هي المصفوفة التي تحدث فيها جميع التفاعلات الإنسانية وتتطور. فمن المنطقي أن تكون موضع التدخل العلاجي. وهدف العلاج الأسري ليس مجرد تحسين العلاقات بل تعديل التأثيرات الأسرية التي تسهم في اضطراب عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة. ويساعد المعالج الأفراد في هذه العملية على أن يعدلوا استجاباتهم المشوهة أو أنماط دفاعاتهم ويشجعهم على التواصل على نحو أكثر معنى وأن يعالجوا صعوباتهم بطريقة بناءة بدرجة أكبر (جابر، كفافي، علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٢٥٩).

كمـا يقوم الأخـصائي النفـسي بمساعـدة أفراد الأسـرة على طرح ومناقـشة موضوعات تتعلق بمسئولياتهم الخاصة برعاية مريض السكر موضحا بشكل تفصيلي سلوكيـات أفراد الأسرة التي قد تـساعد المريض أو تعرقل وتضـعف عملية اتبـاعه للنظام الصـحي المطلوب. هذا مع مراعـاة أنه في بعض الأحيـان يتم إحالـة أفراد الأسرة للتقـييم النفسي لتقـدير بعض القضايا العائليـة والوالدية التي قد تؤدي إلى إعاقـة التقدم العلاجـي لمريض السكر. وتحدث هذه الإحالة لأن القـضايا الوالدية يجب أن توضع في الاعتـبار عند تصميم الـبرنامج العلاجي حتى تضـمن التوافق الجيد لجميع أعضاء الأسرة بمن فيهم المريض مع حالة المرض ونظامها العلاجي.

و/ معالجة المتغيرات النفسية المرضية المشتركة:

Treatment of Co-morbid Psychological Variables

توصل العديد من الباحثين إلى أن الكدر والتعاسة والأعراض النفسية كالقلق واضطرابات تناول الطعام والاكتئاب الحاد تعتبر أمراً شائعا بشكل أكبر لدى مرضى السكر من الراشدين وذلك مقارنة بنظرائهم العاديين، وتتراوح معدلات شيوع هذه الأعراض النفسـية ما بين ٢٢٪ - ٦٠٪ لدى مرضى السكر مقارنة بمعـدلات شيوع هذه الأعـراض بين الأفراد العـاديين التي تتراوح مـا بين ٥٪ - ٢٥٪ (American Psychiatric Association, 1994).

وتتضمن الاضطرابات النفسية في طياتها العديد من الآثار السلبية التي تقف حائلا دون تقدم الوضع الصـحي لمريض السكر؛ فالاضطرابات النفسية كـالاكتئاب تؤدي إلى تشويش وتعطيل الضبط الأيضي الداخلي Internal Metabolic Control وإلى تخـريب نظام الرعاية الذاتيـة بسـبب صعـوبة الالتزام به عند الأفـراد الذين يعانون مـن السكر. ومن الشائع أن يسـتخدم المعـالجون النفـسيون بـرامج العلاج العقلاني الانفعـالي لمعالجة اكتئاب مرضى السكر، وتتـضمن برامج العلاج النفسي من هذا النوع كيفية تغيير الأفكار الخاطئة التي تتولد لديهم وتعوق تقدم حالاتهم.

وتركز مداخل العلاج العـقلاني- الانفعالي على تعليم مرضى السكر كـيفية تغيـير أفكارهم السلبـية اللاعقـلانية التي لا تسـتند إلى المنطق وتفتـقر إلى الدليل العلمي على صحـتها، وذلك من أجل تحسين مزاجـهم وحالتهم الانفعاليـة. فهذا

الأسلوب يستند إلى مبدأ «إن الإنسان يشعر كما يفكر ووفقا لنوعية هذا التفكير» (Rubin, Wolen & Ellis, 1990) كما يحرص المعالجون على متابعة تدرب المرضى على أداء مهام الرعاية الذاتية الخاصة بمرضهم بصورة يومية.

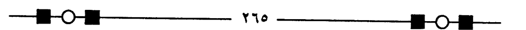
أما سمات الشخصية الفردية Individual Personality Trait لمريض السكر كأنها تؤثر على الطريقة التي يتعامل بها المريض مع مرضه وعلى نظرته نحو مطالب الرعاية الذاتية الخاصة بمرضه، كما أنها تؤثر على الأسلوب الذي ينقل به المعالج للمريض تفاصيل برنامج الرعاية الذاتية. فالمريض الذي يتصف على سبيل المثال بسمات شخصية اتكالية Dependent انفصالية Detached وبأنماط شخصية طفولية Childish Personality Styles سنجد أنه سيبدي المظاهر السلوكية غير التوافقية، فمثلا لا تتوقع منه أن يبادر لمناقشة حاجات الرعاية الذاتية المطلوب منه مراعاتها والتقيد بها، وذلك ما لم يقم الطبيب بتولي مسئولية البدء بالحديث. كما أن المريض في هذه الحالة أبعد ما يكون عن تطوير سيطرة وإدارة ذاتية Self-management على المرض، حيث يصعب تعليمه مهارات السيطرة، وإذا تعلمها فإن تعلمه يكون تعلما ضعيفا لا يصمد طويلا وسرعان ما يتلاشى.

ولذا فإن برامج العلاج النفسي المستخدمة مع هذه الحالات يجب أن تصمم على ضوء الحاجات الخاصة بالمريض وعلى ضوء اهتماماته، وذلك من أجل تحسن مفهومه عن نفسه وإكسابه خصائص الثقة بالنفس والاعتماد على الذات.

القسم الرابع

خطوات هادية مقترحة

بشأن الخدمات النفسية المقدمة لمرضى السكر



ونلخص في الجدول رقم (٧-١) الخطوات التوجيهية المقترحة لمنهج إحالة مرضى السكر إلى الأخصائيين النفسيين لتلقي الخدمات والتدخلات النفسية بما فيها التقييم والعلاج النفسي.

جدول رقم (٧-١)

الخطوات المقترحة للخدمات النفسية

الخطوات المقترحة للخدمات النفسية المقدمة لمرضى السكر
أ/ يجب تحـويل مـرضى السكـر إلى المعـالج النفـسي خـلال العـام الأول من تشخيص حالته المرضية من أجل: أ/ ١ تقييم درجة تقبل المريض للمرض. أ/ ٢ تقيـيم درجة الاستعداد لـدى المريض للتغييـر والعوائق التي تمنع سلوك التغيير. أ/ ٣ الكشف عما إذا كان هناك اضطرابات عقلية متعددة. أ/ ٤ تحديد التدخل العلاجي على ضوء المؤشرات الاضطرابية.
ب/ إذا استمر الهيموجلوبين السكري في الارتفاع بالرغم من اتباع العلاج الطبي يتحول مريض السكر إلى المعالج النفسي من أجل: ب/ ١ تقييم نوعية تعامل المريض مع نظام العلاج. ب/ ٢ تقييم الضغوط الحياتية وعوائق التغيير لدى المريض. ب/ ٣ الكشف عن الاضطرابات العقلية المشتركة. ب/ ٤ تقديم العلاج النفـسي الموجه نحو تغييـر السلوك في مجالات المشكلة التي يتم التـعرف عليـهـا لدى المريض (مثل التـدخين، زيادة الوزن، تعاطي المخدرات، عدم الالتزام بالنظام الصحي المطلوب). ب/ ٥ إعادة تحديد مدى تقبل المريض. ب/ ٦ تقديم التدخلات التقـييمية والعلاجية اللازمة تبـعا لما تم التعرف عليه وتشخيصه من مشكلات لدى المريض.
ج/ عندما تبـدأ المضاعفات الجـسمية في الظهـور والتطور يتم تحويل المريض إلى المعالج النفسي من أجل:

تابع جدول رقم (٧-١)
الخطوات المقترحة للخدمات النفسية

الخطوات المقترحة للخدمات النفسية المقدمة لمرضى السكر
ج/ ١ تحديد مستوى توافق المريض النفسي مع الحالة الجديدة. ج/ ٢ تحديد البرنامج العلاجي المناسب للمريض.
د/ يتم تحويل أفراد أسرة مريض السكر إلى المعالج النفسي في الحالات التالية: د/ ١ عندما يظهر المريض أو أفراد أسرته صعوبات توافقية فيما يتعلق بمطالب برنامج العلاج. د/ ٢ عندما توجد اضطرابات نفسية مشتركة تهدد قدرة المريض على المحافظة على برنامج الرعاية الذاتية. د/ ٣ عندما يكون المريض طفلا.

(Feifer & Tansman, 1999)

مراجع الفصل السابع

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩ .

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠ .

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢ .

4. Aldwin, C. M. (1994) Stress, Coping and Development: An intergrative perspective. New York: Guilford Press.

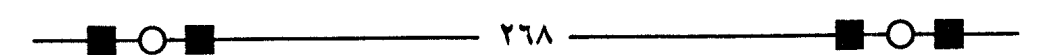
5. American Diabetes Association. (1998) Standards of medical care for patients with diabetes mellitus, Diabetes care, 21, 523-531.

6.American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) Washington, D.C.' Auther.

7- Endler, N.S. & Parker, J.D. (1990) Assessment of multidimensional assessment of coping: Acritical evaluation. Journal of Personality and social Psychology, 58, 844-854.

8- Endler, N.S. & Parker, J.A. (1994) Assessment of multidimensional of coping: Task, emotion, and avoidence strategies. Psychological Assessment, 6, 50-60.

9- Endler, N. S. & PArker, J.D.A. (1999) Coping Inventory for stressful situations (CISS): Manual (2nd ed.) Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.



10. Endler, N.S. Parker, J.D.A & Summerfeldt L.J. (1993) Coping with health problems: Concepual and metjodological issues. Canadian Journal of Behavorial Science, 25, 384-399.

11. Endler, N.S., Parker, J.D.A. & Summerfeld, L.J. (1998) Coping with health problem. Developing areliable and valid multidimensional measures. Psychological Assessment 10, 195-205.

12- Feifer, C. & Tansman, M. (1999) Promoting Psychology in Diabetes Primary Care. Professional Psychology: Research and Practice, 30, 14-21.

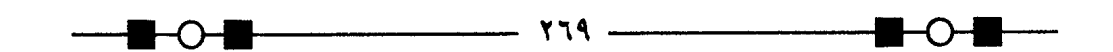
13- Felton, B.J. & Revenson, T. A. (1984) Coping with chronic illness; A study of illness controll ability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of counseling and clinical Psychology 52, 343-353.

14- Hanson, E.L., Heggler, S.W., & Burghen, G.A. (1987), Model of associations between psychosocial variables and health outcome measures of adolescents with IDDM. Diabetes care, 10,752-758.

15- Jacobson. A.M. (1996). The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. The new England Journal of medicine, 34, 1249-1253.

16- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984) Stress appraisal and coping. NewYork: Springer.

17- Lustman, P.J. (1988) Anxiety disorder in adults with diabetes millitus. Psychiatric clinics of North America, 11, 419-432.



18- Lustman, P. J., Griffith, L.S.& Clouse, R.E. (1996) Recognizing and managing depression in Patients with diabetes in B.J. Anderson & R.R. Rubin (Eds) Practical Psychology for diabetes clinician: How to deal with the key behavioral issues faced by patients and health care teams (pp. 143-182) Alexandria, VA: American Diabetes Associations.

19- Macrodimitris, S.D. & Endler, N.S. (2001) Coping, Control, and Adjustment in Type (2) Diabetes. Health Psychology 20, 208-216.

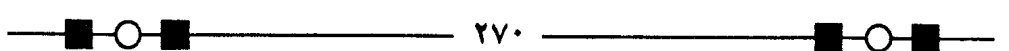
20- Maes, S., Leventhal, H., & DeRidder, D.T.D. (1996) Coping with chronic diseases. In M.Z eidner & N.S. Endler (Eds) Handbook of coping: Theory, research, applications (pp221-251) New York: Wiley.

21- Marrero, D.G., Myers, G.L., Golden M.R., West, D. Kershnar, A. & Lau, N. (1982) Adjustment to mistortune: The use of asocial support group for adolescent diabetics. Pediatric Adolescent Endocrinology, 10, 230-233.

22- Peyror, M.F. & MeMurray, J. F. (1992) Stress buffering and glycemic control. Diabetes care, 15, 842-846.

23- Prochaska, J. O. Diclemente, C. C., & Norcross, J.C. (1991) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologisty, 47, 1102-1114.

24- Reid, G. J., Dubow E.F., Carey, T. C. & Dura. J.R. (1994) Contribution of coping to medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. Developmental and Behavioral Pediatric, 15, 327-335.



25- Rubin, R., Peyrot, M. & Saude, C. (1993) The effects of diabetes education in corporating Coping skills training on emotional well-being and diabetes self-effiacy. The Diabetes Educator, 19-210-214.

26- Rubin, R. R., Walen, S. R., & Ellis, A. (1996) Living with diabetes: A rationa-emotive therapy perspective- Journal pf Rational- Emotive Cognitive Behavioral Therapy, 8, 21-39.

27- Summerfeldt, L. J. Endler, N.S. (1996) Coping wuth emotion and Psychopathology. In M. Zeidner & N.S. Endler, (Eds) Handbook of coping: Theory, research, applications (p.p. 602-639) New York: Wiley.

28- Surwit, R.S., & Feinglos, M.N. (1983) The effects of relaxation in glucose tolerance in non-Insulin dependent diabetes. Diabetes care, b, 126-129.

29- Taylor, S. E., (1999) Health psychology (4th ed) New York: Mo Grow Hill.

30- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J.V. (1994) Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Sicial Psychology, 46, 489-502.

31- Wells, K. B., Golding, J.M., & Burnam, M.A. (1988) Psychiatric disorder in a sample of the general population with nd without chronim medical conditions. American Journal of Psychiaty, 145, 976-981.

32- Wilkinson, G. (1991) Psychological problems and psychiatric disorders in diabetes mellitus. In J. Pickup & G.Williams (Eds) Textbook of diabetes (Vol. 2' pp. 784-791) London: Blackwell Scientific Publications.







حالات مرض القلب التاجي

مقدمة في تأهيل حالات مرضى القلب التاجي

نموذج السلوك من النمط (أ): رؤية جديدة حول النظرية والتقييم والعلاج

النماذج النظرية المفسرة للسلوك من النمط (أ)

تخفيض معدلات الأمراض القلبية التاجية والسلوك المؤدي لها

الاستراتيجيات الكبرى تحقيق أهداف البرنامج العلاجي



الفصل الثامن

حالات مرض القلب التاجي

مقدمة في تأهيل حالات مرضى القلب التاجي:

يعتقد معظم أخصائي التأهيل النفسي بأن التدريبات الجسمية يجب أن تكون حجر الزاوية في جميع البرامج التأهيلية الخاصة بالمصابين بمرض القلب التاجي Coronary Heart Disease (CHA) (١). حيث إن هذه التدريبات قد صممت لتحسين اللياقة الجسمية وعودة المريض إلى العمل. وقد توسعت أهداف التأهيل النفسي لمرضى القلب Cardiac rehabilitation خلال العقود الماضية بحيث أصبحت تتضمن تسهيل عودة المريض إلى أسلوبه العادي في الحياة قبل الإصابة بحادث مرض القلب، وأصبحت بالتالي برامج التأهيل لا تتم فقط بطريقة مهنية متخصصة بل أيضا تنطلق من فكرة التركيز على الجوانب الجسمية والشخصية والاجتماعية لدورها الأساسي في الوصول بالمريض إلى حالته المرضية الراهنة (Muleahy 1990).

كما تطور الوعي بأهمية برامج الوقاية الثانوية Secondary Prevention(٢) وبضرورة إضافتها إلى الأهداف الرئيسية التقليدية وتعمد الوقاية الثانوية إلى محاولات إنقاص حالات الوفاة والمرض التاجية عن أمراض القلب وذلك بواسطة العلاج بالأدوية Pharmacological Therapy والجراحة Surgery وتعديل عوامل الخطر Risk Factor المؤدية للإصابة القلبية. وتدعو الوقاية الثانوية إلى ضرورة تشجيع مريض القلب على العودة إلى أسلوبه الاعتيادي السابق في الحياة باستثناء

---

(١) مرض القلب التاجي Coronary Heart Disease اضطراب قلبي وعائي يتسم بقصور في تدفق الدم خلال الشرايين التاجية التي تغذي عضلة القلب، ويرجع السبب عادة إلى تصلب عصيدي للشرايين التاجية. وكثيرا ما يؤدي إلى موت نسيجي واعتدال عضلة القلب (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٧٦٩).

(٢) وقاية ثانوية Secondary Prevention مصطلح يشير إلى الاكتشاف المبكر للحالات وتوفير العناية والعلاج على نحو سريع وفوري مع إيقاف الاضطراب العقلي في مراحله الأولية. (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٤١٦-٣٤١٧).

- الحيلولة دون وقوع الاضطرابات العقلية (وقاية أولية).
- الحد من قوة أو شدة المرض عن طريق الاكتشاف المبكر للحالات وعلاجها (وقاية ثانوية)
- انخفاض العجز الناتج عن الاضطراب (وقاية ثالثية)

وهذا النوع من الطب يتداخل مع مجالات طب نفس المجتمع والطب النفسي المهني أو الصناعي والطب النفسي الاجتماعي (جابر، كفافي، ١٩٩٣،؟ ٢٩٣٩-١٩٤٠).

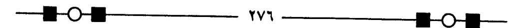
تدخين السجائر وقلة النشاط الجسدي وتناول الكحول وأية سلوكيات أخرى مؤدية إلى فرط الشحميات في الدم Hyper lipidaemia وارتفاع ضغط الدم Hyper tension والسكري والزيادة المفرطة في الوزن Excessive weight.

وقد سعت بعض الدراسات النوعية والكمية إلى تقييم فاعلية أنواع مختلفة من برامج التأهيل المستخدمة في مساعدة مرضى القلب حيث تبين أن برامج التأهيل المستندة إلى ممارسة التمرينات الجسمية Excersise- based rehabilitation program تؤدي إلى التقليل من كل الأسباب المؤدية إلى الوفاة، والموت الناجم عن أمراض الأوعية الدموية القلبية Cardiovascular mortality ومعدلات عودة حدوث حالات الاحتشاء القلبي القاتلة Fatal reinfraction rates (الذبحة القلبية المتعلقة بالعضلة القلبية) (Oldridge, Guyatt, Fischer and Rimm, 1988).

كما أشارت دراسات أخرى (Nunes, Frank & Kornfeld 1987) إلى أن البرامج التأهيلية التي تتضمن دمج بعض أنواع من العلاجات النفسية كالتعديل السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج الدينامي النفسي Psycho- dynamic Therapy والتدريب على الاسترخاء والتخيل إضافة إلى الدعم الاجتماعي قد أدت إلى إنقاص سلوك نمط (أ) Type (A) behavior الذي يعتبر من الأسباب الرئيسية المؤدية للإصابة بهذا المرض المميت. وتؤكد نتائج هذه الدراسة على أن استخدام مجموعة من الأساليب العلاجية في برامج التأهيل لمرضى القلب يبدو أكثر فاعلية من استخدامها منفردة في التخفيف من سلوك نمط (أ) وتكرار حدوث الأمراض القلبية.

كما أجرى كترر Ketterer 1993 دراسة للمقارنة بين معدل إنقاص الخطر المرتبط باستخدام العلاج النفسي السلوكي (التدخلات النفسية التعليمية) ومعدل إنقاص الخطر المرتبط بالعلاج الطبي المقدم لمرضى القلب الذين يعانون من فقر الدم الموضعي Ischemia heart disease [1]. وتبين لهذا الباحث أنه باستثناء حالات استخدام الأسبرين عند المرضى الذين يعانون من حالات الاختناق الصدري غير المستقر Unstable Angina انخفض الخطر النسبي لدى الحالات التي تعاني من الذبحة القلبية غير المميتة Nonfatal yocardial infarctions (MIS) والأمراض القلبية المميتة كتصلب الشرايين، وأن هذا الانخفاض يعود لتفوق العلاجات السلوكية على أي نوع من العلاجات الطبية الدوائية.

(١) اسكيميا Ischemia هي فقر الدم الموضعي والذي ينشأ عن عوائق تعوق تدفق الدم في الشرايين (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٨٢٦).



ويمكن القول أن التدخلات النفسية أو النفسية التعليمية قد تؤثر على نتائج التأهيل من خلال طريقتين:

١/ أنها تسهل الشفاء النفسي الاجتماعي بما في ذلك عودة المريض إلى مزاولة الأنشطة الحياتية الاعتيادية.

٢/ أنها تلعب دورا مهما في عملية الوقاية الثانوية من خلال تشجيع المرضى على التقيد والالتزام بالتوجيهات والنصائح الطبية، وبالتغيير السلوكي المرتبطة بتقليل عوامل الخطر.

وتتصف البرامج التدخلية من النوع الأول بأنها برامج لضبط الضغوط والتحكم فيها في حين تركز البرامج التدخلية من النوع الثاني على أساليب تعديل السلوك والتربية الصحية Health Education (HE) (Dusseldrop, et. al, 1999) .

القسم الأول

أولا: نموذج السلوك من النمط (أ)

رؤية جديدة حول النظرية والتقييم والعلاج

أولا - الصورة الحيوية النفسية الاجتماعية لمرضى القلب التاجي:

بالرغم من المحاولات المستمرة لفهم مرض القلب التاجي فإن أسباب المرض الحقيقية بقيت غير واضحة. فقد توصلت الدراسات الطولية التي استقصت عوامل الخطر المؤدية للإصابة بهذا المرض إلى أن عوامل: السن والضغط العالي والسكر وتدخين السجائر وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، تسهم بصورة دالة في نشأة المرض القلبي أو ترتبط به حيث يمكن التنبؤ بوقوع المرض لدى غالبية الإصابات الجديدة بمرض القلب التاجي (Jenkins, 1971; National Center for Health Statistics, 1989)

وقد يعود إخفاق عوامل الخطر السابق ذكرها في تفسير العديد من الحالات الحديثة المصابة بأمراض القلب إلى عدة عوامل منها النوع والأصول الجغرافية والعرقية، بالإضافة إلى كثافة الأعداد البشرية وتباين مستوى التحضر، مما يجعل بعض العلماء يشير إلى احتمالية وجود عوامل أخرى مثل الأوضاع المعيشية للفرد



المصاب بمرض القلب في المنزل أو العمل أو المجتمع قد تتوسط العلاقة الارتباطية بين عوامل الخطر والمؤدية للإصابة بالأمراض القلبية التاجية (مثل ضغط الدم العالي والسكر . . . إلخ).

وهذا الفشل في تفسير حدوث مرض القلب عزز الجهود المبذولة في الستينيات لإيضاح العلاقة بين بعض سمات الشخصية والعوامل السلوكية والمعرفية والاجتماعية ودورها في تفسير حدوث مرض القلب وجعلها موضوعا حيا للبحث حتى الثمانينيات (Henry & Stephens 1977; Friedman & Ulmer, 1984) تأهيل عن أن العلاقة السببية بين السلوك البشري والإدراك وفيزيولوجية الجسم قد تمت البرهنة عليها من قبل العديد من الأطباء منذ القدم على يد أبي الطب أبقراط الفيلسوف اليوناني القديم.

وقد شاع التأكيد أيضا على العلاقة بين النفس والجسد في الحضارة الشرقية القديمة، كما أن وليم أوسلر William Osler, 1980 - والذي يعتبر أبا للطب الباطني Internal, Medicine كان قد أكد منذ أواخر القرن التاسع عشر على العلاقة المباشرة الموجودة بين أسلوب حياة الفرد ومرض تصلب الشرايين. وقد نصح أوسلر تلاميذ الطب بضرورة معالجة الشخص الذي يعاني من المرض وليس معالجة المرض الذي يعاني منه الشخص وذلك في إشارة منه إلى العلاقة الوطيدة بين الجسم والنفس (Thoresen & Bracke, 1997).

ثانيا - قصة السلوك من النمط (أ) Type A Behavior (T.A)

لقد تم تقديم نموذج السلوك من نمط (أ) Type A Behavior لأول مرة في فترة الخمسينيات باعتباره زملة كلينيكية معقدة Complex Clinical syndrome يعتقد أنها ذات صلة بأمراض القلب التاجي (Friedman & Rosenman, 1959). وقد استعان واضعو هذا النموذج إلى الملاحظات العيادية الغزيرة التي أجروها على مرضى القلب التاجي من الصغار ومتوسطي العمر من الذكور.

وغالبا ما يتصف الأفراد الذين يصدر عنهم السلوك من نمط (أ) بأنهم باستمرار وطوال حياتهم يصارعون الزمن والأحداث والناس الآخرين من أجل إشباع حاجاتهم المثالية للإنجاز. ويكون هؤلاء بالتالي أشد عرضة لخطر الإصابة



بالأمراض القلبية بسبب استثارتهم المفرطة المزمنة لمسارات الجهاز العصبي السمبثاوي المؤدية إلى تصعيد نسبة إفراز مادتي الكاتيكول أمينات Catecholamines[1] والاستيرويد القشري Corticosteroids [2] وإلى ارتفاع ضغط الدم Blood Pressure ومعدلات نبض القلب وإلى تقلص الشرايين Arterial constriction، وإلى إنتاج الأحماض الدهنية وزيادة تجميع الصفائح الدموية (Thoresen & Powell, 1992; Friedman & Rosenman, 1974).

وقد فحص روزينمان وآخرون (Rosenman,et. al, 1988) خصائص شخصية أصحاب هذا النوع من السلوك كما يلي:

١/ دوافع شديدة حادة مستمرة لتحقيق أهداف ذاتية الاختيار.

٢/ حماس ملح عميق لديه رغبة شديدة في النجاح، والرغبة الشديدة في النجاح.

٣/ رغبة ملحة في التميز والتقدم.

٤/ انخراط متواصل في أنشطة متنوعة ومتعددة تحت ضغوط الوقت المستمرة بسبب تعدد هذه الأنشطة وكثرتها.

٥/ نزعة اعتيادية لزيادة معدل أداء معظم الأنشطة الجسمية والعقلية.

٦/ مشاعر سائدة مليئة بالعدوانية والغضب.

وقد اعتبر روزينمان وآخرون (١٩٨٨) أيضا في سياق تحليلهم لهذا النوع من السلوك بأنه عبارة عن مجموعة من العناصر يمكن تصنيف مكوناتها كما يلي:

١/ نزعات سلوكية Behavioral dispositions (مثل العدوانية).

---

(١) الكاتيكول أمينات Catecholamines مجموعة من الهرمونات تتضمن الابينفرين التورابينفرين والدوبامين الذي ينتج في الغدد الإدرينالية وخلايا الجهاز العصبي. ويزيد عادة إفراز الكاتيكول أمينات في أنسجة الجسم كلما زادت الضغوط الانفعالية. وتحتوي العقاقير التي لها تأثير مشابه على الأمفيتامين والأفدرين. (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٥٤٠-٥٤١).

(٢) استيرون قشري Corticosterone هرمون أسترويدي تفرزه القشرة الكظرية. ومن وظائفه أيض البروتينات والدهنيات والكربوهيدرات وتحويلها إلى مصادر طاقة لخلايا الجسم. (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٧٧٩).

٢/ سلوكيـات محددة Specific behaviors (مثل التـحدث بصورة سـريعة وانفعالية).

٣/ استجابات انفعالية Emotional responses (مثل الغضب).

وقد أكد بعد ذلك مجموعة من الباحثين (Price, 1982; strube, 1990) على ضرورة إضافة مكون العمـليات المعرفية Cognitive processes المتضمنة التقييمات الذاتية والمعتقدات الرئيسية (مـثل يجب باستمرار أن أبرهن وأثبت قيمتي للآخرين) (Thoresen & Bracke, 1997).

وقد توصل الـعلماء إلى أن وراء المظهر الـكاذب الخارجي Façade للكفاءة Competence والضبط Control الذي يظهره أصحـاب السلوك من نمط (أ) يوجد إحســاس داخلي عـميق يصـعب فهـمه Profound inward sense بعـدم الأمان Insecurity وشـعور عـميق بعـدم الكفاية والملاءمـة Inadequacy. وبالتـالي فإن الصراع والكفاح المزمن للإنجـاز لديهم يوظف لتجنب أو إنقاص التقيـيمات السلبية التي قد تأتي من الآخرين ومن الشخص نفسه لذاته.

وقد توافـرت في نهاية السبعـينيات من القرن العشـرين عدة براهين قدمـتها مجموعة من الأطباء والعلماء السلوكيين على أن السلوك من نمط (أ) (TA) يعتبر عاملا مـستقلا هـاما يؤدي إلى إحداث حالة الأمـراض القلبية التاجـية وذلك بين الذكور من الأفراد (Review Panel, 1981).

وفي الثمانينيات من القرن الماضي بدأ الحـماس يفتر لفكرة الربط بين السلوك من النمط (أ) والإصـابات القلبيـة بسبب فـشل بعض الدراسات في البـرهنة على وجود علاقة بين هذين المتغيرين لكن هذا لم يمنع من استمرار بعض الدراسات في البرهـنة على صحـة وجود هذه العـلاقة (Booth, Kewley & Friedman, 1987; Matt hews, 1988).

وهذا الفشل في تعميم فكرة وجود هذه العـلاقة الارتباطية أفسح المجال لأن يتجه بعض العلماء السلوكيين نحو العدوانية Aggression باعتبارها عاملا مرضيا محـتمـلا بشكل جوهر وأسـاس السلوك من النمط (أ) والذي يفتـرض أنه يرتبط بدوره بأمراض القلب التاجي.



وبالرغم من هذا التضارب إلا أن بعض العلماء توصل إلى ضرورة توفير إطار نظري لهذا المفهوم بحيث تنطلق المحاولات العلاجية منه. وسيتم فيما يلي تقديم اثنين من أهم النماذج النظرية التي حاولت أن تغطى هذا النقص، وقد نالت قدرا من التوفيق والنجاح في هذا السبيل.

القسم الثاني

النماذج النظرية المفسرة للسلوك من النمط (أ)

أولا- النموذج عبر التفاعلي للسلوك من النمط (أ) Transactional Model of (TA)

وضع كل من «فريدمان» و«روزنمان» (Friedman & Rosenman 1974) تصورا للسلوك من نمط (أ) باعتباره أسلوبا سلوكيا للاستجابة ورد الفعل في المواقف التي يتم إدراكها بأن فيها تحديا لتقدير وتقييم الذات من الناحية النظرية. فقد تم وصف هذا النمط من السلوك بلغة التفاعل الواقع بين الشخص والبيئة والذي يمتاز بمجموعة من الخصائص التالية: إلحاح الوقت Time- urgent الكراهية Hostile والتنافسية Competitive التي يتم استثارتها وبروزها تبعا لمواقف معينة. أما من الناحية العملية التطبيقية فينظر إلى هذا النوع من السلوك (TA) باعتباره سمة دائمة للشخصية Enduring Personality trait وبالإضافة إلى ذلك يعتبر بعض المنظرين إلى أن هذا النمط من السلوك هو عنصر تفاعلي. وينظر إليه على ضوء الكيفية التي تتطور بها الإدراكات والأفكار والمشاعر والعمليات الفيزيولوجية، وتعمل معا في علاقتها مع البيئة عبر مرور الزمن (Thoresen & Ohman, 1987)

ويشير بعض العلماء (Smith and Anderson, 1986) وفي تحليل عميق لهذا النمط من السلوك إلى أن معظم النماذج السلوكية التي فسرت السلوك (TA) قد اتبعت خصائص منهجية آلية أحادية الاتجاه استمدتها من النماذج البيولوجية الطبية، وإن هذا يتضمن أن أنواعا معينة من المثيرات البيئية (مثل المطالب المدركة والتهديدات الموجهة إلى سيطرة الفرد على الأمور) تؤدي ببعض الأشخاص لاختيار القيام بالسلوك من نمط (أ)، وإن هذا بدوره يسبب نشاطا فيزيولوجيا يؤدي بالتالي إلى تطور حالة تصلب الشرايين Atherosclerosis مما يحدث لدى الفرد مرض القلب التاجي (CHD). وقد أوصى هذان العالمان وأقرا بصحة وشرعية النموذج

عبر التفاعلي الذي يعترف بالاعتمادية المتبادلة Interdependence بين متغيرات هذا النموذج وبتغيراتها المتوقعة عبر الزمن.

ثانيا - النموذج المعرفي Cognitive Model

تفترض الأبحاث المركزة نظريا على السلوك من النمط (أ) أن المعارف الشخصية والاجتماعية وما يتعلق بها من أوضاع انفعالية مرتبطة بمواقف معينة تستحق إيلاءها الأولوية العليا في الأبحاث التي تدرس هذا النمط من السلوك من الناحية النظرية، كما تؤكد على ضرورة اعتبار العمليات التقييمية للذات جوهر ولب هذا النمط من السلوك.

وقد وضع ستروب (Strube, 1987) نموذجا معرفيا بالغ الأهمية يوضح ماهية هذا السلوك يتضمن الأفكار التالية:

١/ أن عامل عدم تأكد الفرد من قدراته على النجاح في المواقف التي يدركها بأنها مهمة، وبالتالي مربكة وغير مسيطر عليها يؤدي إلى استثارة سلوك من نمط (أ) وذلك كأسلوب لمواجهة هذا الموقف.

٢/ أن الانتباه والاهتمام المركز على الذات يعتبر من خصائص أصحاب هذا السلوك.

٣/ أن الأفراد الذين يتسمون بهذا النوع من السلوك يبدو أن لديهم تجمعات ثابتة من الأبنية المعرفية في ذاكرتهم المرتبطة بالمواقف والسلوكيات والأحوال الانفعالية السابقة ذات الصلة بسلوك من النمط (أ).

٤/ أن مضمون هذه الأبنية المعرفية الذاتية (مثل مجموع المعلومات المختزنة المتعلقة بالخصائص الشخصية والاجتماعية) الذي يؤدي إلى تشكيل معتقدات حول ذات هذا الفرد يبدو أنه ذو أهمية خاصة به.

٥/ يبدو أن الأبنية المعرفية المرتبطة بالذات لدى العديد من أصحاب هذا النمط من السلوك تتجمع في ذاكرتهم حول ماهية وكيفية تركيز الانتباه واهتمام الواحد منهم على النتائج أكثر من التركيز على العمليات في مواقف العمل التي تدرك بأنها مهمة.

٦/ أن هذه الأبنية المعرفـية تتمحور حول الصـراع القائم داخل الفرد وذلك بين حاجته لـلاعتماد على الآخرين وبالتالي الوثوق بهم وبين كـراهيته لهذه الاعتمادية (Thoresen & Powell, 1992)

القسم الثالث

تخفيض معدل الأمراض القلبية التاجية والسلوك المؤدي لها مدخل علاجي جمعي مقنن

أولا - هل مازال سلوك نمط (أ) مؤشرا على الإصابة بأمراض القلب التاجية؟

أعلن المعهـد القومي للقلب والرئة والدم The National Heart, Lung and Blood institute في الولايات المتحـدة في أوائل الثمانينيـات من القرن الماضي عن وجود براهين وأدلة كافية تثبت صدق الفكرة المتـضمنة مسئولية وارتباط سلوك نمط (أ) بالإصابة بالأمراض القلبية، وأن هذه السمة في الشخصية تعتبر ذات علاقة دالة بالمرض القلبي التـاجي. وتشكل عاملا خـطرا مستـقلا Independent risk factor مهيئا للإصابة بالمرض.

وحتى الآن لم يحـدث أن وجد عامل ذو طبيـعة نفسيـة اجتماعـية ذو صلة بمرض من الأمراض بهذه القوة كما حدث مع سلوك نمط (أ) ومرض القلب التاجي وذلك باستثناء تدعيم جزئي لبعض العوامل الأخرى ترتبط بنفس المرض مثل العزلة الاجتماعية والدعم الاجتماعي المنخفض والاكتئاب

(Booth- Kewley & Friedman, 1987; House, Landis & Umberson, 1988; Friedman, Hewly & Tucker, 1994)

وكما سبق ذكره فإن بعض دراسات الصدق التنبؤي لعامل السلوك من النمط (أ) قد تعرض للكثـير من التحديات حيث إن بعض الدراسات أخـفقت في إثبات وجـود العلاقـة الارتباطيـة بين هذا العـامل ومرض القلب التـاجي (Regland & Brand, 1988; Shekelle, et. al. 1995).

وقد أصبحت العلاقة بين السلوك من نمط (أ) والإصابة بمرض القلب التاجي موضوعا للعديد من الدراسات بهـدف تبين حقيقة الصلة بين العاملين. ولكن يظل الاتجاه الأكـثر غلبة يربط بين العـاملين. وربما كان من الأسـباب التي سببـت عدم وضوح العلاقة بين العاملين وتضارب النتائج عوامل مثل:



أ/ عدم الدقة في تقييم السلوك من النمط (أ) نظرا لأن هذه الدراسات قامت بقياس هـذا السلوك باعتباره مـفهوما عالميـا ثنائيا (أي أن الناس جمـيعا ينضـوون تحت واحد من التـصنيفـات: النمط (أ) أو النمط (ب) Type (B) behavior أو النمط الثـالث الـذي طرح مـؤخـرا وهو النمط (ج) Type (C) behavior وهذا ما أدى إلى التواصل إلى مجمـوعة كبيرة من مرضى الأمراض القلبية التي انطبق عليها وصف سلوك نمط (أ).

ب/ المحدودية البالغة للدراسات الارتبـاطية في قياس السلوك من النمط (أ) حيث تم قياسه في هذه الدراسات فقط ضمن موقف واحد، بالإضافة إلى محاولة التنبؤ بموت أصحاب هذا السلوك بسبب المرض القلبي عبر مدة زمنية طويلة تراوحت بـين ٢٠ - ٣٠ سنة. ولا تستطيع الدراسات الارتباطيـة بسبب هذه المحـدودية - وحتى لو أجريت بـصورة توقعـية مستـقبلية Prospectively عبـر سنوات طويلة- القيام بالضـبط الدقيق للعوامل الأخـرى المحتملة التي لا يتم فـحصهـا والتي قد تفسـر وجود العلاقة الارتباطية (Feinstein, 1988).

ولكن كما قلـنا فإن الاتجاه الغالب يرى أن هناك عـلاقة من نمط (أ) ومرض القلب التاجي. وأن هـذه العلاقة أصـبحت أشد وضـوحا وبلورة عندما فـحصت نتائج الدراسات التدخلية Intervention Studies المضبوطة تجريبـيا، مما أكد على أن تغيير السلـوكيات من النمط (أ) قد أدى إلى تخفيض نسـبة الإصابة بالأمراض القلبية التاجـية، (مثل انخفاض معدل عـودة حدوث الذبحة الصدرية Recurring) Myocardial Infraction (MI) عند الأشخاص الذين عانوا من أمراض قلبية تاجية بسيطة ومتوسطة (Nunes, Frank, and Kornfeld, 1987).

ثانيا/ أساليب تغيير سلوك نمط (أ) من خلال برامج العلاج النفسي الجمعي:

تم تطوير برامج العلاج النفسي الجمعي في الأصل لمساعدة الأشخاص بعد تعرضهم للذبحة الصدرية (MI) وذلك لكي يكتسبوا تفهما أفضل لكيف ولماذا تؤثر



خصائص سلوكهم من النمط (أ) عليهم من الناحية الجسمية والاجتماعية والانفعالية في مجالات عديدة مثل الأسرة والعمل والجيرة والنادي والمجتمع بأسره. أما في الوقت الراهن فإن هذه البرامج أصبحت تصمم لمساعدة الأشخاص الأصحاء نسبيا الذين يحاولون إنقاص أسباب الصراعات والتعاسة المزمنة التي تسيطر على حياتهم، وذلك بالإضافة إلى تقديم المساعدة النفسية التقليدية التي تتضمنها هذه البرامج وتفيد في التعامل مع مرضى القلب التاجي.

وتركز برامج العلاج النفسي الجمعي الراهنة لمرض القلب التاجي على عدة موضوعات رئيسية تتضمن ما يلي:

ب/ ١ الفيزيولوجيا المرضية Pathophsiology للسلوك من نمط (أ) وأمراض القلب التاجي.

ب/ ٢ تشخيص المؤشرات الدالة على أعراض سلوك من النمط (أ).

ب/ ٣ الانفعالات والمشاعر والاتجاهات والمعتقدات المرتبطة بسلوك من نمط (أ).

ب/ ٤ نماذج لحالات أشخاص لديهم سلوك من نمط (أ)

ب/ ٥ دور تقدير الذات والإحساس بالقيمة الذاتية.

ب/ ٦ زيادة الشعور بالمعنى والفرضية والترابط.

ب/ ٧ الحد من نفاذ الصبر المفرط Excessive Impatience والتنافسية والعدوانية الزائدتين

ثالثا/ صيغة لجلسات العلاج الجمعي:

ولتقديم هذه الموضوعات ضمن البرنامج الجمعي ثم تطوير صيغة متغيرة Changing Format للجلسات الجمعية وذلك كما يلي:

أ / في الأسابيع الأولى على سبيل المثال يكون التصميم مبنيا بطريقة منظمة ومحكمة جدا. وتركز الجلسات في هذه المرحلة على إيصال معلومات وزيادة تفهم المريض لسلوك من نمط (أ) ومرضى القلب التاجي، وبصورة مبدئية يكون دور المعالج أقرب إلى دور المعلم.

وتكون وظيفة المجموعة العلاجية أقرب إلى المجموعة الدراسية من طلاب ضمن مقرر دراسي.

ب/ مع تقدم المجموعة في إتقانها وتعلمها للمتغيرات والعوامل المتعلقة بحالة السلوك والمرضى ينتقل التركيز ويتحول تدريجيا إلى خبرات المشاركين المتعلقة بجهودهم المبذولة لتطبيق ما سبق لهم أن تعلموه وناقشوه ولاحظوه وقرأوه. فعلى سبيل المثال تصبح «لعبة قيادة السيارات» واحدة من أوائل مهامهم الواجب أن يخبروها وذلك عندما يصبح المشاركون أكثر وعيا بما يتعرضون له أثناء قيادتهم للسيارة.

وتتضمن هذه الخبرات تغيرات فيزيولوجية وسلوكيات ظاهرة Overt behaviors وأفكارا ومشاعر معينة بالإضافة إلى تأثير السائقين الآخرين على خبراتهم، وأيضا أثر الراكبين معهم في سياراتهم عند قيادتهم لها.

ج/ ومع التقدم في أداء أعضاء المجموعة العلاجية، وبسبب الإحساس الكبير بالثقة والاحترام للآخرين من أعضاء المجموعة، يقوم هؤلاء الأعضاء وبصورة متزايدة بعرض مشكلاتهم وقضاياهم الحالية أمام المجموعة. وغالبا ما تتصل هذه المشكلات والقضايا بأمور خاصة بالعمل أو الأسرة أو كليهما سويا.

د / تصبح المشكلات المتعلقة بأعضاء المجموعة محور الجلسات، إلا أن المجموعة تستمر في الاهتمام بممارسة المهام التالية والتدريب عليها حتى الإتقان.

د/ ١ تخفيض سلوكيات من نمط (أ) وذلك خارج مجال الجلسات العلاجية (في الحياة الواقعية مثل الأسرة والعمل والمؤسسات الاجتماعية).

د/ ٢ القيام بالاسترخاء العضلي بصورة يومية.

د/ ٣ الاستخدام المتكرر للمراقبة الذاتية Self- monitor

د/ ٤ القيام بأعمال معينة في الفترات التي تسبق الجلسات العلاجية وتليها.



رابعا- قضايا متضمنة في العملية العلاجية:

وتتضمن العمليات العلاجية بعض القضايا الهامة وتراعيها. وهذه القضايا مثل:

أ / يتم تذكير المشاركين بصورة منتظمة بأن النجاح في البرنامج يعتمد بصورة أساسية على الأعمال التي ينجزها المشاركون خارج الجلسات العلاجية. فليس كافيا الانتظام في حضور الجلسات العلاجية لأن العمل الحقيقي والفائدة الفعلية يأتيان من إحداث التغييرات في سلوك وأنشطة الحياة اليومية.

ب/ يتم استخدام العديد من المواد السمعية المرئية والمطبوعة وذلك لتسهيل إحداث التغيير المطلوب والمتعلق بالعدول عن سلوكيات نمط (أ) لدى المشاركين سواء في الجلسات العلاجية الجمعية أو المواقف الحياتية الأخرى في الحياة الواقعية.

ج / يتلقى كل مشارك «كتاب تدريب» (Drill Book) وعدة كتب للقراءة تتضمن وحدات تعليمية حول سلوك نمط (أ) مشتقة من عدة مؤلفات علمية. وتدور معظم المناقشات حول مضمون هذه الكتب والقراءات.

د / يطلب من المشاركين إحضار مقالات بصور لرسومات من الصحف والمجلات توضح خصائص السلوك من نمط (أ) وذلك لعرضها للنقاش خلال الجلسات العلاجية.

هـ/ تستهل كل جلسة علاجية بتدريب مختصر على الاسترخاء العضلي لمدة عشر دقائق وذلك من أجل نمذجة Modeling وتعلم قيمة تخصيص وقت معين لتهدئة الجسم، ولكي يصبح الشخص أكثر هدوءاً ومن أجل أن يتمكن من تركيز انتباهه على الأمور المطروحة بحيث يتناولها برفق ووداعة. وفي النهاية ومن أجل أن يصبح المشارك أكثر يقظة وانتباها خلال الجلسات العلاجية، وبالتالي يحقق أكبر فائدة ممكنة من الخبرة العلاجية التعليمية.

و / يقوم المعالجون بالتأكيد من حضور جميع المشاركين خلال نماذج الحضور والغياب بحيث تتم مراجعة الغائبين والاطمئنان حول معيقات تغيبهم، مع الإشارة إلى افتقادهم في الجلسة بواسطة عبارات نموذجية من مثل: نحن نهتم بك... وأنت تعني الكثير لنا... لقد افتقدناك كثيرا عند غيابك... نتوقع ونتطلع باهتمام إلى أن نراك في الجلسة القادمة.

خامسا: أهداف العلاج الجمعي:

تصمم برامج العلاج النفسي الجمعي لمرضى القلب التاجي الذين يصدر عنهم سلوك من نمط (أ) على ضوء خصائص أصحاب هذا السلوك، فهم يطورون ويولدون استثارة وتهيجا جسميا وانفعاليا وسلوكيا مفرطا مزمنا. ولذا فإن الهدف الرئيسي للعلاج ينصب على إنقاص هذا التهيج الذي يصاحب نفاذ الصبر السائد والمنتشر والعدوانية، المطلقة التي لا حدود لها، والتي لا يتصف بها صاحب السلوك من النمط (أ).

ولأن هذا السلوك ينشأ عن تصور وفلسفة معينة نحو العالم فالبرنامج الفعال يجب أن يوجه نحو مساعدة المريض على فحص تصوراته حول العالم مقدمة لإحداث تغييرات في تصوراته واتجاهاته التي يكتشف أنها غير صحيحة وغير ملائمة وغير واقعية. وبالإضافة إلى ذلك فإن مصممي برامج العلاج الجمعي لأصحاب مرضى القلب التاجي من النمط (أ) يجب أن يضعوا في اعتبارهم أن الشخص من هذا الطراز يتسم بصفات مثل الارتياب والشك Suspiciousness مع السخرية والاستخفاف Cynicism والاغتراب Alienation، والتي تتشكك وتكون الأساس عند أصحاب سلوك نمط (أ) في نقص إحساسهم بالأمن الشخصي Per- sonal insecurity وتقدير الذات المتذبذب غير الثابت Precarious Self- esteem.
وعلى ذلك فإن البرنامج العلاجي ينبغي أن يتضمن ما يخفف من الشعور بعدم الأمان وتقوية تقدير الذات وتدعيمه.

ومن هنا يجب أن ينصب هدف البرنامج العلاجي على مساعدة المشاركين في البدء بعملية تغيير تصوراتهم نحو العالم، وتغيير أساليب المواجهة التي كانوا

يستخدمـونها في المواقف المختلفة طوال حياتهم، فـإن البرنامج العلاجي يجب أن يصمم بحيث ينجح في تحقيق الأهداف التالية:

هـ/ ١ زيادة وعي المشاركين بسلوكيات نمط (أ) ونتائجها الغالبة والمسيطرة.

هـ/ ٢ تطوير وعي ذاتي بالأعراض والمظاهر الشخصية ذات الصلة بهذا النوع من السلوك.

هـ/ ٣ تعليم المشاركين أساليب الاسترخاء الجسمي والفيزيولوجي.

هـ/ ٤ تزويد المشاركين بالتمارين السلوكية التي سيطور المشاركون من خلالها سلوكيات صحية أفضل.

هـ/ ٥ مساعـدة المشاركين على تمييز الاتجاهات والأفكار والمعـتقدات المرتبطة بسلوك نمط (أ) وتعديلها.

هـ/ ٦ التقليل من الشعور بعدم الأمن عند المشـاركين ومساعدتهم على تعيين أساليب صحية أفضل للاحتفاظ بتقدير ذات إيجابي.

القسم الرابع
الاستراتيجيات الكبرى لتحقيق
أهداف البرنامج العلاجي

تصـمم برامج العـلاج النفسي الجـمـعي لأصحـاب سلوك نمط (أ) ضـمن مجموعة علاجية صغيرة بحيث تضم المجموعة عددا لا يتجاوز ١٠ - ١٢ مريضا. وعادة ما تلتـقي المجموعة العلاجـية لمدة تتراوح ما بين ساعـة ونصف الساعة إلى ساعـتين ويستمـر البرنامج العلاجي لفـترة تتراوح ما بين تسـعة أشهـر حتى أربع سنوات ونصف. كـما يتم اتبـاع منهج علاجي يضم عناصـر من العلاج النـفسي المعرفي السلوكي Cognitive- behavioral والعلاج النـفسي ، النفسـي الإنساني الوجودي Existential- humanistic

وفيما يلي سنعرض لأربع اسـتراتيجيات أساسية يعتـمد عليها البرنامج لأنه من خـلالها يسـتطيع أن يحـد من التـوتر والقلق وأعـراض النمط (أ) من السلوك والذي يرتبط ارتباطا وثيقا بالمرض القلبي التاجي. وهذه الاستراتيجيات هي:

- مراقبة الذات كوسيلة لزيادة الوعي بالذات.
- التدريبات اليومية.
- التقليل من إلحاح الوقت.
- إنقاص الغضب والعدائية.

أولا - مراقبة الذات كوسيلة لزيادة الوعي بالذات:

يتم عادة استخدام أسلوب مراقبة الذات Self-monitor من أجل تطوير الوعي بالذات والفهم المتزايد والشامل لها. فأصحاب السلوك من النمط (أ) يتسمون بأنهم قد فقدوا الكثير من القدرات الفطرية التي تجعلهم بشكل ذاتي واعين لأنفسهم. ومن أكثر النتائج شدة وخطورة والتي تنجم عن هذا الفقدان أنهم غالبا ما يكرسون حياتهم ويوجهونها نحو محاولات غير منطقية لإسعاد الآخرين ولترك انطباع قوي عن ذواتهم عند الآخرين أو لحماية أنفسهم من الآخرين.

ويلجأ معظم أصحاب السلوك من نمط (أ) إلى قمع مشاعر مثل التعب والإنهاك الشديدين Exhaustion ونقص الأمن والوحدة Loneliness، وذلك من أجل أن يكافحوا بعدائية وشراسة لكي يحصلوا على مكانة مهنية أفضل ومكاسب مالية أكبر. وهم غالبا ما يكونون غير مبالين أو عابئين بمشاعرهم لدرجة أنهم يظهرون مخدري المشاعر Numb.

ولهذا فإنه لكي يتغير مرضى القلب من أصحاب سلوك نمط (أ) يتوجب عليهم تطوير القدرة على الوصول وتحقيق أهدافهم مع عدم فقدانهم الوعي بخبراتهم الداخلية الفريدة. ويتم ذلك في برامج العلاج النفسي الجمعي من خلال دمج متواصل بين التأمل Mediation والاسترخاء Relaxation وتدريبات المراقبة الذاتية بالإضافة إلى التغذية الراجعة التدعيمية Supportive Feedback التي يقدمها أعضاء المجموعة العلاجية والمعالج النفسي قائد المجموعة.

وقد تم تطوير إجراءات لتنبيه مراقبة الذات Self-monitor لمساعدة أصحاب سلوك نمط (أ) على التخلص من التعاسة الشخصية التي يعانون منها في المواقف المختلفة من خلال إعادة تركيز انتباههم على حدوث حالة التعاسة النفسية بحد

ذاتها. فعلى سبيل المثال عندما يظهر الشخص عدم تحمله ونفاذ صبره من الانتظار طويلا أمام صف كبير من المراجعين حتى يصل دوره لصرف بعض الشيكات أو إجراء بعض المعاملات المالية في البنك فإن «ذات» (Self) هذا الشخص قد تبدأ في انتقاد عدم كفاءة الموظف أمين الصندوق أو غيره من موظفي البنك، أو تبدأ ذاته في توجيه النقد اللاذع حول تدني مستوى أداء العمل بصورة عامة في البنك.

وهنا فإن تدخل أسلوب مراقبة الذات سيؤدي بصورة بارعة إلى وعي الشخص بأن ذاته تعمل بشكل غير صبور وبصورة مبالغ فيها في انتقاد الأمور من حولها وأن الصبر وطول الأناة وليس النقد هي الاستجابة الأكثر صحة مناسبة في هذا الموقف. وبالتالي فإن الذات التي تم تدريب صاحبها على أسلوب صحي جيد للمراقبة الذاتية ستنتهي إلى ملاحظة «أن الانتظار في صف طويل يمنحني الفرصة للتفكير والتأمل في بعض الأمور الهامة في حياتي مثل ما الأعمال التي أنوي القيام بها في إجازة نهاية الأسبوع أو أنها تعطيني الفرصة لأن أتذكر القيام بملاحظة بعض المؤشرات المتصلة بسلوك نمط (أ) والأعراض المتعلقة به التي قد تبدو على بعض الأشخاص الواقعين في هذا الصف الطويل.

وتؤدي عملية تنمية مراقبة الذات بالمريض إلى الوصول إلى مرحلة «الوعي بالتفكير» (meta- cognition)[1] والوعي بالتفكير يتضمن النظر إلى الأمور من منظور أكثر نزاهة وأكثر موضوعية وبعيد عن التحيز impartial perspective وكأنه تفكير وملاحظة ولشخص لديه وعي حميم intimate awareness صادق بالمريض ذاته وباستجاباته الانفعالية وبمخاوفه ومنطقه وأيضا بسلوكه.

وعادة تبدأ عملية تطوير مراقبة الذات أو الصوت الداخلي Inner Voice للمريض من خلال الأساليب التالية:

---

(١) الوعي بالتفكير هي ترجمة دقيقة إلى حد ما تنطبق على المعنى المتضمن في مصطلح الوعي بالتفكير الذي يترجم حرفيا إلى ما وراء المعرفة. ويشير مصطلح الوعي بالتفكير أساسا إلى معارف الفرد المتعلقة بعملياته المعرفية ونواتجها أو هي القدرة على أن تعرف ما نعرف وما لا نعرف، أي أن نفكر في مختلف جوانب عملية التفكير ونحن نمارسها، وهي عملية من العمليات العقلية الراقية مركزها القشرة المخية، ولذا فهي تخص الإنسان وحده، وتبدأ عند سن الحادية عشرة لأنها ركن أساسي في التفكير الشكلي Formal thinking الذي يبزغ في هذه السن حسب بياجيه.

أ / المناقشات التي يجريها أعضاء المجموعة العلاجية التي تصف شمولية المؤشرات والأعراض الخاصة بشخص عنده سلوك النمط (أ)، وكذلك توفر الشرائط المرئية (الفيديو) والتسجيلات الصوتية الموضحة للسلوكيات النفس حركية Psychomotor الأعراض الحركية المرتبطة بالوظائف وبالاضطرابات النفسية كالقلق الشديد المؤدي إلى زيادة وسرعة حركة الفرد أو إلى صعوبة تركيزه في المهام الحركية وأساليب التحدث والكلام نماذج شكلية واقية للتعرف على هذا النمط من السلوك.

ب/ قيام أفراد المجموعة العلاجية بأداء عدد متنوع من تدريبات لمراقبة الذات داخل الجلسة العلاجية وبإشراف المعالج قائد المجموعة.

ج/ التغذية الراجعة المباشرة المقدمة من أفراد المجموعة العلاجية التي تعتبر من أكثر الوسائل فاعلية في تنمية القدرة على إجراء المراقبة الذاتية وإتقانها وذلك أثناء مناقشة الموضوعات المثيرة للغضب والاستفزاز Provocative topics مثل ردود الفعل نحو سائق وقح، أو زميل يميل إلى انتقاد الآخرين بصفة دائمة.

د/ من المهام الرئيسية لقائد المجموعة التي تسهل عملية تطوير المراقبة الذاتية لدى أعضاء المجموعة العلاجية قيامه بتوفير مناخ من الثقة والاحترام والدعم المتبادل بحيث يتمكن أعضاء المجموعة العلاجية من توجيه الملاحظات وتقبل التغذية الراجعة من الآخرين حول السلوكيات والمعتقدات المحتملة التي تقف وراء هذه السلوكيات ذات الصلة بسلوك نمط(أ).

هـ/ تأكيد قائد المجموعة العلاجية على أن الغضب وعدم الصبر تعتبر ظواهر انفعالية طبيعية وأنها تصبح مدمرة للصحة الجسمية والنفسية فقط عندما تظهر بصورة مستمرة حادة وشديدة وطاغية ومسيطرة ومزمنة على سلوك الإنسان، لأنه إذا لم يتمكن أعضاء المجموعة العلاجية من مرضى القلب من تقبل فكرة كون مشاعر الغضب ونفاد الصبر أمرا طبيعيا فإن العديد من هؤلاء المرضى قد ينكرون وجود الغضب ونفاد الصبر عندهم، وبالتالي ينكرون معاناتهم من انطاق

خصائص سلوك نمط (أ) عليهم، وذلك كي يتمكنوا من ترك انطباع قوي وإثارة إعجاب قائد المجموعة ولمناقشة Compete المشاركين الآخرين من أعضاء المجموعة. ويؤدي الإنكار إلى خسارة فادحة لفرص كشف الأساليب السلوكية الانفعالية الرئيسية التي تستثير نمط (أ)، وبالتالي إمكانية تعديلها.

ويسعى البرنامج العلاجي إلى تطوير «الذات المراقبة» عند المريض، وهي ذات تتميز بأنها ذات محترمة ولديها اهتمام كبير بفهم نفسها. وتحل هذه الذات محل الذات القاسية الجامدة الصارمة الكمالية الناقدة التي تقع في قلب العالم النفسي لصاحب السلوك من نمط (أ). فالذات المراقبة الجيدة عبارة عن ذات ترقب السلوك والاتجاهات والانفعالات وتتولى اختيار الاستجابة بأسلوب صبور هادئ يعيد الطمأنينة، وتؤكد على إحساس صاحبها بالأمن.

ثانيا - التدريبات اليومية: (سلوك واحد لكل يوم)

Daily Drills (one- a- day Behavior

تتطلب عملية تغيير سلوكيات إلحاح الوقت Time- urgent والعدائية Hos- tile المرتبطة بالشخص ذي السلوك من نمط (أ) أن يعيش الشخص خبرة وأن يمارس سلوكيات بديلة تضمن له ظروفا صحية أفضل. وقد طور مشروع الوقاية من تكرار حدوث أمراض القلب التاجي Recurrent Coronary Prevention Program (R. C. P. P.) الذي بدأ عمله في الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٧٢ بإعداد سجل تدريبي بمرضى القلب يتضمن مجموعة من التدريبات اليومية تزود مرضى القلب بتمارين تساعدهم على التصرف والتفكير بأسلوب صحي أكثر وأفضل.

ويوضح الشكل رقم ٨-١ الاستمارة الأساسية من هذا السجل الذي يتم توزيعه على المشاركين في البرنامج العلاجي النفسي الجمعي من مرضى القلب. وتحتوي التمارين اليومية على تدريبات تهدف إلى تعديل السلوكيات والاتجاهات في النواحي الآتية:

ب/ ١ نفاد الصبر Impatience (مثل أن تترك المراقبة جانبا وتتناول طعامك ببطء).



ب/ ٢ العدائية Hostility (مثل أن تحدث نفسك بشكل متعمد ومقصود وتقول ربما أنا أخطأت أو ربما أنني لست على صواب).

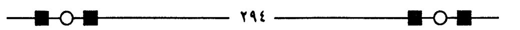
ب/ ٣ تقدير الذات المتدني Low Self- esteem (مثل أن تتأمل وتفكر مليا في إنجازاتك الإيجابية لمدة عشر دقائق).

ب/ ٤ العلاقات الاجتماعية السيئة Poor relation ships (مثل أن تتحدث مع أحد أفراد أسرتك وتسأله عن نشاطاته اليومية، وأن تقول بعض العبارات العاطفية لشريك الحياة.)

اليوم		النشاط او العمل
الاثنين	:	غيِّر واحدة من عاداتك التي درجت على القيام بها أو من أساليبك في إنجاز أعمال معينة.
الثلاثاء	:	أطلب من أحد أفراد أسرتك أن يحدثك عما قام به من خلال يومه.
الأربعاء	:	توقف عن مراقبة الذات، وكف أيضا عن المراقبة المقصودة للأمور من حولك.
الخميس	:	تحرك وامشي ببطء أكثر.
الجمعة	:	عبر لشريك حياتك أو لأحد أبنائك عن عواطفك نحوه.
السبت	:	تناول طعامك ببطء
الأحد	:	ابتسم عند تذكرك العمدي لحدثين أو ثلاثة أحداث سعيدة مرت بك في حياتك الماضية.

شكل (٨-١)

نموذج من سجل التدريبات الخاص بالمشاركين في البرنامج العلاجي



وينبغي أن يتضـمن البرنامج العلاجي طرح مفـاهيم ومبادئ روحية فلسـفية Philosophical Spiritual Concepts، ويدمج تعلم هذه المفاهيم والمبادئ مع أداء التدريبـات والتمارين السلوكيـة، وبحيث يطلب من المشاركين القـيام بالتأمل فيـها والتفكير مليا في مضمونها من أجل طرحها للمناقشة في الجلسات العلاجية.

ثالثا/ التقليل من إلحاح الوقت: Reducing Time Urgency

يحتاج المشاركون في البرنامج العلاجي بالإضـافة إلى التدريبات اليومية إلى مجموعة من النقاشات الجماعية والتدريبات الخاصة بإنقاص سلوكيات إلحاح الوقت ونفاد الصـبر المزمن Chronic impatience لديهم. وتتناول النقـاشات الجـماعـية طبيـعة إلحـاح الوقت وأسبابه وآثاره السـيئـة وغير المرغـوبة لتكوين الوعي الذاتي وتحسينه وبلورة الدافعية للتغيير.

ويعتقد أن إلحاح الوقت (وهو عبارة عن دافع قوي ومحموم لإنجاز عدد كبير غير واقعي، وأحيانا غير منطقي في وقت قصير) ينتج عن حالة عدم الأمان المستتر covert insecurity أو غير المعترف به وعن مستوى غير ثابت أو غير ملائم لتقدير الذات (Friedman & ulmer 1984) وتنشـأ حالة عـدم الأمن بسبب وجـود بعض الأفكار والمخاوف في خبرة الفرد والتي من أهمها خوف الفرد من عدم قدرته على مواجـهة المهمة المطلوبـة منه، وأنه بالتالي سيفـقد مكانته في الأسـرة وبين الأقران وعند المسئولين.

وتنحصر المظاهر العامة لحالة عدم الأمن في مواقف منها ما يلي:

أ / عجـز مزمن عند رفض الطلبات التي يطلبـها الآخرون من الفرد للقـيام بأعمال غير مهمة بالنسبة له.

ب/ عجز أو رفض لتـفويض المهام إلى الآخرين وعن إنقـاص عبء العمل الكلي.

ج/ نهم مرئي واضح لاكتساب عدد غيـر واقعي من المسئوليات والممتلكات المادية أو الرموز وصور الإنجاز في محاولة للبرهنة على القيمة الذاتية.

ج/٤ إنهاك وانشغال دائم بالعيوب والنواقص الشخصية ونقاط الضعف، مع التقليل من نواحي القوة، والتغذية الراجعة الإيجابية الواردة إلى الفرد من الآخرين (والتي من شأنها أن تقلل من تقدير الفرد لذاته).

وفي المقابل يبدو من الأمور الحاسمة أن يوجه قائد المجموعة أفرادها إلى صحة وواقعية الفكرة المتضمنة أن ضغوط الوقت الناتجة عن المهام الزائدة مع المواعيد النهائية المحددة للإنجاز، تحدث فعليا بسبب توجيهات الرؤساء في العمل وأن يطرح في سياق مناقشة أي من العوامل التي تشجع وتعزز خاصتي إلحاح الوقت ونفاد الصبر قضية الحركة التي أفرزتها الحضارة الغربية المعاصرة التي حولت الإنسان إلى عبد للسرعة والعجلة، وأصبح وكأنه ترس في آلة تتحرك بسرعة، ولا يملك من أمره شيئا. حيث يدور في فلك أقوى منه.

ومن أجل إنقاص سلوكيات إلحاح الوقت فإن المشاركين يتوجب عليهم القيام بما يلي:

ج/أ تطوير الوعي بالمظاهر السلوكية لنفاد الصبر والتي تصاحب أداءهم للأعمال اليومية، بحيث يصبحون حساسين للخبرة الذاتية القاسية والجائرة oppressive التي تميز «مرض العجلة أو التسرع» Hurry sickness الذي ابتلوا به.

ج/ب القيام بتمرينات الملاحظة الذاتية Self-observation مع المناقشات الجماعية التي تدور حول السلوكيات الخاصة بنفاد الصبر من خلال فحص خبرة المشاركين المتعلقة بالوصول إلى حالة مثلى من الهدوء الناجمة عن ممارسة تمارين الاسترخاء العضلي. ويطلب من المشتركين القيام بإعداد تقرير عن خبرتهم الذاتية في الاسترخاء مقارنة بخبرتهم في ظل الشعور بالضغط الناجم عن إلحاح الوقت الزمني.

ج/ج تركيز المناقشات الجماعية على نتائج سلوك نفاد الصبر المتكررة التي لا يكون المشارك على وعى بها أو يحاول إنكارها. فعلى سبيل المثال قد ينكر العديد من المشاركين احتمالية مساهمة نفاد الصبر في تعزيز وتشجيع الأخطاء عوضا عن تحقيق إنتاجية أفضل، ويتجلى هذا

بوضوح وبشكل خاص عندما يتولى الشخص القيام بأعمال متعددة في آن واحد.

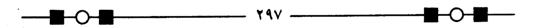
ج/د مواجهة المشاركين بالحقيقة المتضمنة أن نفاذ صبرهم غالبا ما يشجعهم على النظر إلى الآخرين واعتبارهم عوائق تقف في طريقهم، مما قد يؤدى إلى تعزيز السلوك العدائي نحوهم، وأن هذه العدائية بدورها تفسد العلاقات مع الآخرين. ومما لا شك فيه أن هذا الوضع يؤدى إلى حرمان المشاركين وفقدانهم للدعم الاجتماعي الذي يحتاجه كل إنسان لكي يستطيعوا مواجهة الصعوبات المحتملة التي تعترضه، وإلى خسارة لمصدرها ثم أساس لتقدير الذات. وتشكل هذه الحلقة الفاسدة الخبيثة Vicious cycle جذور سلوكيات نمط (أ) وتعتبر مسئولة بصورة مباشرة عن إدامة واستمرارية هذا النمط من السلوك.

ج/هـ ممارسة تدريبات خاصة لإعادة البناء المعرفي لمساعدة المشاركين على أن يصبحوا أكثر وعيا بمعتقداتهم الشخصية التي تولد سلوكيات إلحاح الوقت. كما أن إعادة البناء المعرفي من شأنه أن يمكن الفرد من أن يطور اتجاهاته واستراتيجياته في الاتجاه الأكثر واقعية مما يؤدى إلى أوضاع صحية أفضل خلال عملية مواجهة المطالب البيئية.

وتستند عملية إعادة البناء المعرفي إلى مبدأ يتضمن أن ردود الفعل الانفعالية للفرد تنجم عن المطالب البيئية، وعن الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه المطالب Bandura,1986. وحيث إن إدراكات المشاركين تلعب دورا رئيسيا في تهيجهم الانفعالي وسلوك مواجهتهم للقضايا الحياتية المختلفة فإن عمليات عرض وإظهار وفحص وتعديل هذه الإدراكات المتصلة بسلوك نمط (أ) تعتبر قاعدة جوهرية وأساسية لإنجاح العلاج وإحداث التغير المطلوب في سلوكهم.

ومن الأمثلة الواضحة على المعتقدات لدى أصحاب السلوك من نمط (أ) التي تعكس خاصية إلحاح الوقت ونفاد الصبر ما يلي:

- «تعتمد قيمتي على كمية إنجازي وليس على نوعية هذا الإنجاز»



- «يجب أن أثبت باستمرار قيمتي مرارا وتكرارا لأن إنجازاتي السابقة ليس لها حساب».

- «يجب أن أعمل أكثر من الآخرين وأن أتفوق عليهم لكي يكون لي قيمة.»

رابعا- إنقاص الغضب والعدائية: Reducing Anger and Hostility

تعتبر العدائية من أكثر عناصر سلوك نمط (أ) ضررا، وعلى الرغم أنه من المنظور الكلينيكي يبدو واضحا أن فكرة إلحاح الوقت ومرض العجلة يعتبران مقدمات عامة منتشرة ومهيئة للسلوك العدائي، وبالتالي يجب تعديلها حتى يتم تعديل العدائية، إلا أن البرامج العلاجية لأصحاب سلوك نمط (أ) تعتبر إنقاص العدائية هدفا علاجيا رئيسا، ويجب أن يهيمن على العملية العلاجية، وبالتالي فمن الواجب أن يتم أفراد استراتيجيات علاجية خاصة ومباشرة لتخفيف درجة العدائية له.

أ/ برنامج إنقاص العدائية:

ومن هنا فالبرنامج العلاجي يجب أن يركز على ما يلي:

أ/ ١ زيادة فهم الفرد للعدائية المرتبطة بالسلوك من نمط (أ).

أ/ ٢ تطوير وعي شامل مهيمن لدى المشاركين بالمظاهر الشخصية الدالة على العدائية.

أ/ ٣ تحديد مواقف معينة تؤدي إلى استثارة العدائية.

أ/ ٤ تفهم المعتقدات الشخصية المولدة للعدائية ومحاولة تعديلها.

أ/ ٥ تطوير طرق صحية أكثر للتعامل مع الموقف المثير للعدائية وممارستها والتدريب عليها.

ب/ قضايا في برنامج مواجهة العدائية:

وتركز أساليب معالجة العدائية لدى المشاركين في البرنامج العلاجي بشكل أولي على القضايا التالية:



ب/ ١ ضرورة الإفصاح عن المظاهر السلوكية التي تعكس الحاجات العدائية الخاصة بأصحاب السلوك من نمط (أ) حتى يتمكن قائد المجموعة من طرحها للمناقشة الجماعية وذلك بعد أن يتولى هو القيام بوصفها وتحديدها.

ب/ ٢ يحتاج قائد المجموعة -كما ذكر سابقا- للتأكيد على أن الغضب عبارة عن شعور طبيعي يحدث لكل الناس وأنه غالبا ما يكون الاستجابة الانفعالية الصحيحة تجاه مواقف الإحباط وخيبة الأمل والتحدي. فمن المهم بمكان تجنب تعزيز النزعة الشائعة بين العديد من أصحاب هذا السلوك لإنكار وقمع ردود الفعل العدائية لديهم وذلك في محاولة منهم لإظهار أنفسهم بأنهم مسيطرون على الأمور وعقلانيون. لذا من المهم جدا أن يتعلم المشاركون أن مشكلة الغضب المصاحب للسلوك من النمط (أ) ليست بسبب حدوث حالة غضب، وإنما بسبب أن هذا الغضب يحدث بصورة متكررة ومستمرة وبشكل حاد ويستمر لفترات طويلة الأمد.

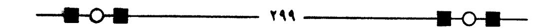
ب/ ٣ يجب على قائد المجموعة العلاجية أن يؤكد على قضية الاستخدام الرديء والسيئ للغضب، وكيف أن البعض قد تحول إلى إنسان معتاد على تحمل الطاقات الهائلة المباشرة (التهييج والثورة الفيزيولوجية Physiological arousal) الناجمة عن ثورات مشاعر الغضب المفرط.

ج/ أشكال الغضب والعدائية:

وتبدأ المجموعة العلاجية عادة بطرح الأشكال الأساسية للغضب والعدائية المرتبطين بالسلوك من نمط (أ) كما يلي:

ج/ ١ وجهة النظر الناقدة للعالم المشبعة بروح التهكم والسخرية والاستهزاء وعدم الثقة والشك وتوجيه اللوم بالإضافة إلى نعت الآخرين بالحقد والضغينة.

ج/ ٢ تركز النقاشات الأولية على المؤشرات والأعراض العدائية السلوكية لدى الآخرين وذلك لتجنب استخدام المشاركين لوسائل الدفاع



اللاشعورية بشأن اتجاهاتهم العدائية الخاطئة، وتدريجيا تتحول المناقشات نحو تحديد السلوكيات العدائية الخاصة بالمشاركين.

ج/ ٣ لكي يتمكن المشاركون من مراقبة عدائيتهم المرتبطة بالسلوك من النمط (أ) فإنهم يجب أن يصلوا إلى مستوى من الوعي بمظاهر سلوكهم العدائي الأكثر خبثا ودهاء مثل التهكم والسخرية وإطلاق النكات الساخرة واللاذعة الموجهة نحو الآخرين بالإضافة إلى التوبيخ والتقريع Chiding والإغاظة Teasing المستمرة للآخرين وإصدار أصوات الضحك العالية والمزعجة.

د / استراتيجيات في مواجهة العدائية:

وتعتبر الوسائل التالية من الاستراتيجيات العلاجية الأساسية الشائع استخدامها في معالجة العدائية والغضب.

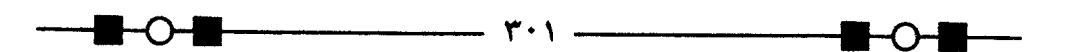
د/ ١ «لعبة قيادة السيارات» The driving game وهي عبارة عن صورة مصغرة خصبة يتم استخدامها للتعرف على معتقدات الغضب والعدائية المتعلقة بقيادة السيارات لدى المشاركين.

د/ ٢ «استعارة الطعم والصنارة» The Bait and Hook Metaphor وتعتبر من أنجح الأساليب (Powell & Thbresen, 1987; Powell, 1996) ومن خلال هذا المفهوم المجازي يتعلم المشاركون أنهم أثناء تحركهم نحو مياه الحياة اليومية غير المتوقعة فإنهم يواجهون (مثلما تواجه الأسماك) عوائق ومواقف مغضبة Provocative Situations وتعتبر مجازا أو استعارة «الطعم» Bait الذي يستثير ويستدعي الاستجابات العدائية. ومن خلال هذا المفهوم يصبح المشاركون قادرين على إدراك أن «الصنارة» Hook عبارة عن مفهوم مجازي للتعبير عن أن طريقة إدراكهم للحدث أو الموقف وكيفية تفسيرهم لمعنى هذا الحدث أو الموقف هي التي تثير عندهم العدائية المرتبطة بالسلوك من نمط (أ).

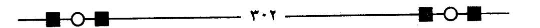
د/ ٣ معالجة قضية «الرابطة النرجسية (The Narcissistic Connection) ويصف لاش (Lasch, 1978) أن معظم الأشخاص الذين يتصفون

بالسلوك من نمط (أ) يتميزون أيضا بما أطلق عليه النرجسية الجديدة New Narcissism التي تصلح في التنافسية الضارية من أجل الحصول على القبول والموافقة من الآخرين، والتعاون المصطنع الذي يخفي وراءه غضبا عميقا، والمطالبة بالإشباعات المباشرة، مع الاستمرار بالإحساس بعدم الرضا. وضمن هذا السياق تبدو قضية العدائية لدى أصحاب هذا السلوك أمرا واضحا. فإذا كان الفرد يرهق وينهك نفسه من أجل إنجاز مهام إنتاجية أكثر وأكثر. ويحاول تأدية ذلك في وقت أقصر وأقصر ومازال يشعر أنه متورط وغير حائز على التقدير، إن لم يكن مهملا أيضا، فإن العدوانية والاستهزاء والسخرية من الآخرين تبدو منطقية جدا. ويسعى البرنامج العلاجي إلى تعديل المعتقدات النرجسية الباعثة للعدائية مثل إنكار «أنا بحاجة للعدائية من أجل أن أتمكن من النجاح» مما يسبب لي الغضب هو تجاهل وعدم كفاءة الآخرين، «أنه عالم إذا لم تكن فيه ذئبا أكلتك الذئاب، وبالتالي يتوجب على عدم الوثوق بأحد».

د/ ٤ تعلم التوكيدية Assertiveness: يتعلم المشاركون في البرنامج العلاجي كيف يستجيبون بتوكيدية بدلا من الاستجابة بعدائية. وهنا تتم مواجهة المشاركين بالواقع المتضمن أنه على الرغم من أن الاستجابات العدائية قد تحقق لصاحبها إذعانا وخضوعا قصير الأمد من قبل الآخرين، إلا أن النتائج الطويلة الأمد للعدائية غالبا ما تكون في غاية القسوة والحدة. فالعدائية تؤدي إلى إيجاد فرص لدى الآخرين للعدوان المضاد أو الهجمات المضادة Counterattacks والرفض للفرد العدواني، بالإضافة إلى ما تولده العدائية لدى صاحبها من مشاعر الذنب البالغة. وتتطلب التوكيدية أن يتعلم المشاركون كيفية التخفيف من الحدة العاطفية المسيطرة على استجاباتهم وأن يفكروا مليا ويتمهلوا أثناء تعاملهم مع المواقف المختلفة، وأن يقوموا باحترام كل من حاجاتهم وحاجات الآخرين. كما يتعلم المشاركون أيضا كيفية القيام بمراقبة الظواهر النفس حركية المصاحبة لاستجاباتهم التوكيدية مثل:



- استخدام النبرة المناسبة والتأكيد في الحديث.
- الوعي والانتباه إلى التعبير الذي يظهر على وجوههم.
- الطلبات المنظمة المقدمة بأسلوب يهدف إلى إنهاء وفض النزاع مع الآخرين Bower & Bower 1976. وتوفر الجلسات العلاجية الجماعية البيئية المناسبة للمشاركين الفهم والتدريب على استخدام الاستجابات التوكيدية من خلال استخدام مواقف النزاع الواقعية التي يستمدها المشاركون من حياتهم اليومية، وبالتالي يتم تشجيعهم على الاستجابة بشكل توكيدي في المواقف التي يتضح فيها أنها كانت تثير لديهم سابقا استجابات الغضب والعدائية.



مراجع الفصل الثامن

١- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩.

٢- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١.

٣- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٣.

٤- جابر عبـد الحميد، عـلاء الدين كفافى: معـجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥.

5- American Heart Association (1995): Heart facts. Dallas, TX: Author.

6-Booth-Kewley, S. and Friedman, H.S. (1987): Psychological predictors of hear disease: A quantitative review. Psychological Bulletin, 101, 343-362.

7- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. and Kraaij, V. (199): A Meta-Analysis of Psychoeductional Programs for Coronary Heart Disease Patients. Health Psychology, 18, 506-519.

8- Feinstein, A.P. (1988): Scientific standards in epidemiologic studies of the mmenaces of daily life. Science, 242, 1257-1263.

9- Friedman, M., and Powell, L.H. (1984): The diagnosis and quantitative assessment of Type A behavior: Introduction and description of the Videotaped Structured Interview. Integrative Psychiatry, 1, 123-129.

10-Friedman, M. and Rosenman, R.H. (1959): Association of a specific overt behavior pattern with increase in blood cholesterol,

blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. Journal of the American Medical Association, 44, 525-553.

11-Friedman, M., and Rosenman, R.H. (1974): Type A behavior and your heart. New York: Knopf.

12-Friedman, M. and Ulmer, D.K. (1984): Treating Type A behavior and your heart. New York: Alferd A. Knopf.

13-Friedman, M., Hawly, P.H. and Yucker, J.H. (1994): Personality, health, and longevity. Current Directions in Psychological Science, 3, 37-41.

14-Henry, J., and Stephens, P. (1977): Stress, health and the social environment. New York: Springer-Verlag.

15-House, J.S., Landis, K.R., and Umberson, D. (1988): Social relatioships and health. Science, 241, 540-545.

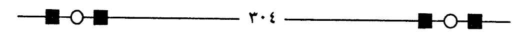
16-Jenkins, C.D. (1971): Psychologic and social precursors of coronary disease. New England Journal of Medicine, 294, 974-994.

17-Jenkins, C.C., Zyzanski, S.J., and Rosenman, R.H. (1979): The Henkins Activity Servey. New York: Psychological Corporation.

18-Ketterer, M.W. (1993): Secondary prevention of ischemic heart disease. Psychosomatics, 34, 478-484.

19-Matthews, K.A. (1988): CHD and Type A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman quantitative privew. Psychological Bulletin, 104, 373-380.

20-Nunes, E.V., Frank, K.A., and Kornfeld, D.S. (1987): Psychological treatment for the Type A behavior pattern and for coronary



heart disease: A meta-analysis of the literature. Psychosomatic Medicine, 48, 159-173.

21-Oldridge, N.B., Guyatt, G.H., Fischer, M.E., and Rimm, A.A. (1988): Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Combined experience of randomized clinical trials. Journal of the American Medical Assoĉiation, 260, 945-950.

22-Powell, L.H. (1996): The hook: A metaphor for gaining control of emotional reactivity. In R. Allan and S. Scheidt (Eds), Heart and mind: The practice of cardiac psychology (pp. 313-328). Washington, DC: American Psychological Association.

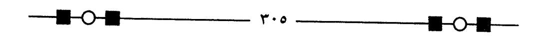
23-Price, V.A. (1982): Type A behaior pattern: A model for research and practice. New York: Academic Press.

24-Regland, D.R. and Brand, R. (1988): Type A behavior and mortality from coronary heart disease. New England Journal for Medicine, 318, 65-69.

25-Review Panel on Coronary-Prone Behavior and Coronary Heart Disease (1981): Coronary-prone behavior and heart disease: A critical reivew. Circulation, 63, 1199-1215.

26-Rosenman, R.H., Swan, G.E., and Carmelli, D. (1988): Difintion, assessment, and evolution of the Type A behvior pattern. In B. K. Houston and C. R. Synder (Eds.), Type A patterns: Research, theory and intervention (pp. 8-31). New York: Wiley.

27-Shekelle, R.B., Hulley, S.B., Neston, J.D., Billings, J.H., Borboni,



N.O., Gerace, T.A., Jacobs, D.R., Lasser, N.L., Mittlemark, M.B. and Stamler, J. (1985): The MRFIT behavior pattern study: Type A behavior and incidence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 122, 559-570.

28-Strube, M.J. (1987): A self-appraisal model of the Type A behavior pattern. Perspectives in Personality, 2, 201-250.

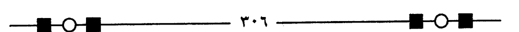
29-Strube, M.J. (Ed.) (1990); Type A behavior. Corte Madera, CA: Select Press.

30-Thoresen, C.E., and Ohman, A. (1987): The Type A behavior pattern: A person-environment interaction perspective. In D. Magnussen and A. Ohman (Eds.), psychopathology: An interaction perspective (pp. 325-346). San Diego, CA: Academic Press.

31-Thoresen, C.E., and Powell, L.H. (1992): Type A. Behavior Pattern, New Perspective on Theory, Assessment, and Intervention, Journal of Consulting and clinical psychology, 60, 595-604.

32-Thoresen, C.E., and Bracke, P. (1997): Reducing Coronary Recurrences and Coronary-Prone Behavior: A Structured Group Treatment Approach. In J.L. Spira (Ed.), Group Therapy for Medically Ill Patients (pp. 92-125). New York: Guilford Press.

☺☺☺☺☺☺



الباب الثاني

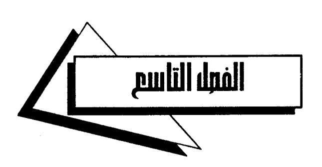
بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

الفصل التاسع : المداخل السلوكية والتأهيل النفسي العصبي
(للمصابين بأمراض الدماغ)

الفصل العاشر : علاج الحركة الإجبارية
لمرضى السكتة الدماغية المزمن

الفصل الحادي عشر : النموذج الحيوي السلوكي
لمقاومة ضغوط المرض (السرطان)





المداخل السلوكية والتأهيل النفسي العصبي

(للمصابين بأمراض الدماغ)

مقدمة:

السلوك الاجتماعي غير المناسب

الاضطرابات السلوكية المترتبة على إصابات الدماغ

بعض الأساليب العلاجية السلوكية لمرضى الإصابات الدماغية

مشكلات الانتباه والدافعية

بحوث ميشنباوم، ويستر، سكوت

بحوث مالك

بحوث انسى



الفصل التاسع

■ ○ المداخل السلوكية والتأهيل النفسي العصبي ○ ■
(للمصابين بأمراض الدماغ)

مقدمة:

عادة ما يتم تطبيق الفنيات السلوكية على مدى واسع من المواقف والأحوال، وعلى العديد من المجموعات المرضية المختلفة (Kadzin, 1980). ولو حاولنا على سبيل المثال أن ننظر إلى العديد من الاضطرابات السلوكية الناجمة عن الأنواع المختلفة لحالات التلف الدماغي Brain damage أو أمراض الدماغ Brain diseases فإن المتخصصين سيتوقعون أن العلاج السلوكي Behavioral Therapy يعتبر عنصرا أساسيا في برامج التأهيل النفسي العصبي. وبشكل عام فإن استخدام الأساليب السلوكية في علاج الأفراد المصابين بالتلف الدماغي كان إلى فترة قريبة يعتبر محدودا إلى حد ما وليس شائعا. ولكن برامج التأهيل المعاصرة Contemporary rehabilitation programs لمرضى إصابات الدماغ Brain-injured patients أصبحت شيئا فشيئا أكثر استخداما للمناهج السلوكية وفنياتها.

ولكن يلاحظ أنه غالبا ما ينظر إلى التدخلات السلوكية على أنها تكميلية Supplemental وإضافية لمناهج علاجية أخرى أكثر من كونها تحتل المركز الرئيسي في برنامج المعالجة النفسية العصبية (Grimm & Blieberg 1986). وسيتم فيما يلي عرض لأهم نوعين من الاضطرابات النفسية العصبية المصاحبة لإصابات الدماغ والتي يتناولها العلاج السلوكي، وهما السلوك الاجتماعي غير المناسب ومشكلات الانتباه، والدافعية.

القسم الأول
السلوك الاجتماعي غير المناسب

أولا: الاضطرابات السلوكية المترتبة على إصابات الدماغ:

يعتبر السلوك الاجتماعي غير المناسب Inappropriate social behavior من الأعراض الشائعة لدى مرضى إصابات الدماغ والتي تتضمن إصابات في الفصوص الأمامية Frontal Lobes. وبصورة عامة فإن الإصابات في الفصوص الأمامية ينتج عنها بعض الاضطرابات توصف بأنها اضطرابات سلوكية تخريبية disruptive behavioral disorders. أهم هذه الحالات هي كالتالي:

- إصابات الدماغ الصادمة Traumatic brain injuries (TBI)
- مرض هنتنجتون[1] Huntington's disease
- ذهان كورساكوف [2] KorsaKoff's psychosis

وقد أشار «وود» (Wood, 1984a) إلى أن الهدف الرئيسي من استخدام الإدارة والتحكم السلوكي مع مرضى إصابات الدماغ يكمن في السيطرة على المشكلات السلوكية التي تحول دون تقدم الخدمات التأهيلية. وقد أوضح «وود». أنه من المستحيل أن يتم إحداث تغيير إيجابي في سلوك المريض ما لم يوضع هذا السلوك تحت السيطرة من قبل الأخصائيين، وأنه لمجرد تحقيق السيطرة على السلوك والتحكم والاستجابات الاضطرابية فإن تشكيل الاستجابات السلوكية المرغوبة يصبح أمرا محتملا وممكنا.

وقد ناقش «وود»، «ايمز» (Wood& Eames, 1981) عددا من المشكلات الناتجة عن تطبيق الفنيات السلوكية على مرضى الإصابات الدماغية كالآتي:

١- أن معظم هؤلاء المرضى يعانون من عجز وقصور انتباهي Attentional deficits بالإضافة إلى الاضطرابات في الدافعية Disorders of motivation التي تتدخل في عملية التعلم الفعال وتعقبها.

(١) مرض هنتنجتون Huntington's disease مرض وراثي تقدمي يتميز بحركات لاإرادية وبالخبل. وله صورتان، مرض هنتنجتون الطفولة ومرض هنتنجتون البلوغ (الرشد) وتتشابه الصورتان في فقدان النوبات المذنبة والخلايا العصبية القشرية. وهناك فقدان عام لخلايا العصب المخي. ويمكن أن تشاهد التغيرات في تخطيط الدماغ. ويحدث كلا النوعين الطفولي والراشد من هذا المرض في الأسرة الواحدة. ومعظم المرضى يصابون بالمرض في حوالي سن الخامسة والثلاثين. ويسمى المرض أيضا كوريا أو خوريا هنتنجتون Huntington Chorea. ويعرف المرض اختصارا بالحرفين (HD). (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٥٨٦).

(٢) ذهان كورساكوف KorsaKoff's psychosis زملة عضوية تحدث أساسا عند الكحوليين المزمنين. وتحدث أحيانا لدى المرضى بإصابة عنيفة في الرأس، والذين تعرضوا لإصابات لفترة طويلة ولتسمم معدني وللبلاجرا أو لورم في المخ. ولقد وصف هذا الذهان سيرجى كورساكوف (وهو عالم أعصاب روسي) عام ١٨٨٧. وتشتمل أعراضه الأساسية على امنيزيا متجهة إلى الأمام وتخريف وخلط وفقدان الوجهة. وفي بعض الحالات يتعرض لالتهاب الأعصاب المتعددة ويسمى أيضا زملة كورساكوف KorsaKoff's Syndrome (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٨٩٣).

٢- أن هؤلاء المرضى قد يكونون غير واعين unaware بسلوكهم غير المقبول unacceptable behavior وآثاره على الآخرين، وبالتالي فقد يكونون مقاومين resistant وغير متعاونين uncooperative لأي نوع من البرامج التأهيلية.

٣- أن سلوك المرضى غير المناسب قد يتم تعزيزه بإيجابيته Positively reinforced بواسطة المصادفات البيئية الطارئة المحتملة وغير المتوقعة. ويتمثل هذا التعزيز غير المقصود أو غير المرغوب في إبداء الاهتمام والانتباه الاجتماعي الذي يظهره أعضاء الأسرة أو من يحيطون بالمريض.

٤- أن القدرات الإدراكية وعمليات معالجة البيانات المضطربة Disrupted percept and information processing abilities قد تؤخر وتبطئ عملية التعلم بصورة واضحة، بالإضافة إلى أن عملية الإشراط الإجرائي Operant Conditioning [1] تتطلب جدول تعزيز مستمر Continuous reinforcement Schedule.

٥- أن مرضى الإصابات الدماغية غالبا ما يفشلون في تطوير مجموعات سلوكية متعلمة أو استراتيجيات تعلم تمكنهم من تعميم ما سبق لهم تعلمه إلى المواقف الحياتية المشابهة الأخرى.

---

(١) إشراط إجرائي Operant Conditioning مصطلح أطلقه سكنر Skinner على العملية التي يحدث بها التعلم أو تغير السلوك نتيجة لتعزيز السلوك المرغوب فيه. وفيه تظهر استجابة معينة من الكائن الحي وتبرز بطريقة محدودة وتبعا لجدول معين ثم تسجل التغيرات الحادثة في الاستجابة. ومن أمثلته تعلم الحيوان أن يقوم بأنماط سلوكية معينة، وتعزيز التغير السلوكي لدى المرضى العقليين. أي نوع من الإشراط حيث تقع الاستجابة تحت سيطرة المثير. والعملية التي من خلالها يحدث هذا الإشراط تتلخص في تقديم التعزيز بعد إصدار الكائن الحي للاستجابة ومرهونا بهذا الإصدار. والجانب الإجرائي هو الجانب الذي يميزه عن الإشراط الكلاسيكي Classical conditioning حيث يقوم التعزيز سواء صدرت الاستجابة عن الكائن الحي أم لم تصدر. ولعل أبسط طريقة للنظر إلى الإشراط الإجرائي اعتباره مجموعة من الشروط التي تصدر فيها استجابات جديدة من حصيلة الكائن الحي وطوع إرادته وتقوى عن طريق التعزيز المشروط بحدوث الاستجابة (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢٥٠٢).

ثانيا/ بعض الأساليب العلاجية السلوكية لمرضى الإصابات الدماغية:

وعلى الرغم من هذه الصعوبات الكثيرة فإن العديد من الأخصائيين قد نجحوا في استخدام المناهج السلوكية للسيطرة على السلوكيات غير الملائمة التي يصدرها مرضى الإصابات الدماغية في حين فشلت الأنواع الأخرى من المناهج العلاجية المستخدمة في التأهيل في تحقيق ذلك.

وفيما يلي عرض بعض الأساليب العلاجية السلوكية الشائع استخدامها في مجال تأهيل المصابين بالصدمات الدماغية.

أ/ التعديل السلوكي: Behavioral modification

أجرى العالم «هولون» (Hollon, 1973) محاولة تجريبية لإزالة السلوك التجريبي ولاكتساب السلوك التعادلي لدى اثنتين من مرضى الإصابات الدماغية بواسطة استخدام مبادئ التعديل السلوكي. وقد تضمن برنامج العلاج السلوكي تقديم التعزيز الإيجابي للسلوكيات المرغوبة، بالإضافة إلى إهمال وتجاهل السلوكيات غير المرغوبة والسلوكيات المرغوبة).

وقد تألف السلوك المستهدف Target behavior المطلوب التخلص منه وإزالته عند المريضة الأولى من الصراخ Howling والضرب Hitting والخدش Scratching واستعمال القاذورات. وبدلا من محاولة منع المريضة من القيام بالسلوكيات التخريبية مما قد يعزز حدوثها من خلال الاهتمام بها، بدأ الفريق المعالج بإظهار التجاهل التام لهذه السلوكيات.

وقد كافأ الفريق المعالج المريضة بإعطائها انتباها معينا خاصا عند إصدارها للسلوكيات اللفظية الإيجابية والملائمة. وبمضي ثلاثة أسابيع -وهي المدة التي استمر بها برنامج التعديل السلوكي- تم إزالة السلوك التخريبي تماما وحل محله المناقشة المنطقية الهادئة Reasonable Calm conversation. وبعد ذلك بدأ الفريق في العمل مع المريضة من أجل تشكيل Shaping السلوك المرغوب فيه وذلك من خلال تقديم التعزيز لسلسلة متتابعة من السلوكيات Sequence of behaviors المطلوب تشكيلها بحيث إنها بعد مدة أربعة أسابيع أظهرت (أي المريضة) عددا كبيرا من السلوكيات التعاونية مع الآخرين ومن سلوكيات العناية الذاتية Self- care behavior.

أما المريضة الثانية فقد تجاهل الفريق العلاجي السلوكيات السلبية التي كانت تظهرها كاستجابات سلوكية لإحساسها بالألم مثل البكاء والنحيب بصوت عال. كما تم تشجيعها ومكافآتها عند تحدثها عما يزعجها وأية موضوعات أخرى تعكس تحملها للألم. وقد أظهرت المريضة تراجعا واضحا في سلوك البكاء والنحيب والولولة خلال أيام قليلة، كما ارتفعت بالتالي قدرتها على إصدار «سلوك الحديث المنطقي العادي».

وقد استنتج «هولون» أن هذه النتائج الإيجابية أظهرت قيمة استخدام الاهتمام والمديح الانتقائي Selective praise من أجل تطوير سلوكيات تعاونية ومساعدة ذاتية تتعارض أو لا تتفق مع السلوكيات التخريبية وتؤدي إلى كبحها وكفها.

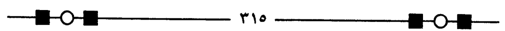
كما قام «كرو» (Crewe, 1980) بتطوير برنامج علاج سلوكي مماثل للبرنامج المستخدم في التجربة السابقة، وذلك لتخليص أحد المرضى المصابين بصدمة في الدماغ من استخدام اللغة الاستخدام اللااجتماعي والمتضمن التلفظ بألفاظ نابية وغير مناسبة والقيام بالتحرش الجسدي Grabbing بالنساء. وقد استخدم اهتمام المرضات كمعزز للسلوكيات المقبولة، كما تم تجاهل السلوكيات غير المناسبة اجتماعيا. ولقد لوحظ الانخفاض الشديد في درجة تكرار السلوك غير المناسب وذلك خلال مدة أسبوع واحد. ويؤكد «كرو» أن تعديل السلوك يعتبر واحدا من أهم وأكثر الفنيات السلوكية فاعلية وكفاءة لضبط السلوكيات غير الملائمة التي يظهرها مرضى الإصابات الدماغية الصادمة.

ب/ الاقتصاد الرمزي: Token economy

لقد استخدمت الكثير من الدراسات نظام الاقتصاد الرمزي أو العملة البديلة Token economy [1] وذلك لعلاج السلوكيات غير المناسبة أو سلوكيات العناية الذاتية غير الكفؤة. وقد قام ميرفي (Murphy 1976) بتقييم فاعلية برنامج الاقتصاد

---

(١) اقتصاد رمزي، عملة بديلة Token economy هو برنامج علاج سلوك يستخدم عادة في المستشفيات أو الصفوف الدراسية، حيث يعزز فيه السلوك المرغوب فيه بتقديم أشياء رمزية. ويمكن استبدال الأطعمة خاصة أو رؤية التليفزيون أو أي مكافأة أخرى بهذه الأشياء الرمزية (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ٣٩٦٨).



الرمزي الذي امتد لمدة ثلاثة شهور. وقد صمم لتحسين خمس سلوكيات تدخل ضمن العناية الذاتية لدى مجموعة مؤلفة من سبعة مرضى مصابين بإصابات الدماغ الصادمة منذ فترة طويلة.

وقد تضمنت السلوكيات المستهدفة ما يلي:

- ترتيب السرير.
- وضع ملابس النوم في مكانها.
- ارتداء الملابس.
- الحلاقة.
- تنظيف الأسنان.

وقد تم تدريب المرضى على السلوكيات المطلوب القيام بها. ورتبت في بنود واضحة كما أشير إلى ارتباط إنجازها -بالحصول على الماركات (العملات البديلة) التي تحول إلى مزايا أو منح سارة للمريض- والتي سيتم ادخارها لهم في كل مرة يظهر فيها السلوك المتعلم المرغوب.

وبالإضافة إلى استخدام الاقتصاد الرمزي كتعزيز إيجابي، فقد تم استخدام إجراءات العقاب بصورة غرامات Fines (أي خسارة العملات البديلة). وقد أظهر تحليل الدرجات القبلية والدرجات البعدية للعلاج تحسنا واضحا في جميع مهام العناية الذاتية ماعدا سلوك تنظيف الأسنان. وقد دعا «ميرفي» الأخصائيين التأهيليين إلى ضرورة إشراك مرضى الإصابات الدماغية الصادمة في برامج الاقتصاد الرمزي أو العملة البديلة لأن الفائدة المبتغاة في تعديل السلوكيات غير الملائمة وتشكيل السلوكيات المرغوبة تعتبر مضمونة.

ويمكن دمج نظام الاقتصاد الرمزي مع الأشكال الأخرى للعلاج التأهيلي. وهذا ما قام به «والي» وآخرون (Whaley, et. al, 1986). حيث أجرى الباحثون دراسة لتقييم الآثار العلاجية الناتجة عن دمج برنامج العلاج بنظام الاقتصاد الرمزي مع برنامج العلاج بالليثيوم Lithium Therapy [1].

---

(١) الليثيوم Lithium عنصر كيميائي مضاد للهوس الاكتئابي. ويمكن أن يحل جزئيا محل الصوديوم في أنسجة الجسم، ولذا فهو يسيطر على تأرجح المزاج الذي يرتبط بتغير مستويات الصوديوم في الجسم=

وقد قامت هذه الدراسة بفحص آثار هذا البرنامج المدمج على المشكلات السلوكية لمريضة مترددة على الأقسام الخارجية بالمستشفى outpatient في الحادية والعشرين من عمرها مصابة بتلف في الفص الأمامي الدماغي نتج عن جراحة دماغية قبل سبع سنوات من عمرها وقت إجراء الدراسة. وتضمنت السلوكيات غير المناسبة المستهدفة للعلاج: مسك الآخرين، سحب وتنسيل الخيوط عن ملابسها والنفخ وسرقة مقادير صغيرة من الطعام أو إلقائها على الأرض، ورمى جسمها كذلك على أرضية الغرفة بالإضافة إلى العبث بأزرار المصاعد ومقابض الأبواب ومفاتيح الأضواء، والقيام بالمقاطعات اللفظية للآخرين وطلب أشياء غريبة غير مناسبة من الآخرين. وقد تألف البرنامج العلاجي من الخطوات الخمس الآتية:

- اعتبر الأسبوع الأول الخط القاعدي Base- line
- ثمان جلسات من برنامج تعديل السلوك حسب نظام الاقتصاد الرمزي واستمرت لثلاثة أسابيع.
- نظام الاقتصاد الرمزي مدمجا مع العلاج بكربونات الليثيوم خلال (٢١) جلسة استمرت لمدة عشرة أسابيع.
- علاج الليثيوم لوحده خلال ثمان جلسات لمدة أسبوعين.
- فترة متابعة Follow- up لمدة أربعة أشهر.

وتضمن برنامج الاقتصاد الرمزي القيام بمكافأة المريضة بإعطائها ما قيمته عشرة قروش عن كل سلوك مناسب يحدث. مهما كانت بساطته وكانت تعطى تغذية راجعة مستمرة بعد كسبها لهذا الربح المادي. وتمت مراجعة إجراءات البرنامج عدة مرات مع المريضة في بداية العمل للتأكد من فهمها للاحتمالات التي

= ويغير قابلية نفاذية الأغشية العصبية للتنافذ. ويعتبر مؤثرا جيدا في أيض السيروتونين في خلايا الدماغ. والعلاج بالليثيوم يشير إلى استخدام كربونات الليثيوم كدواء في معالجة الاكتئاب، ومنع حدوث النوبات الهوسية الاكتئابية في الاضطراب الثنائي القطب للاكتئاب Bipolar depression disorder . وينبغي أن تنتظم الجرعة بعناية وحرص وأن تجرى اختبارات مستوى الدم على نحو منتظم حتى لا يتعرض المريض للتسمم. ومن آثاره الجانبية الدوخة والخلط في الكلام. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٩٩٥-١٩٩٦).

ستحدث بالنسبة للمكافأة وما شـابه ذلك. كما أعطيت قائمة بالسلوكيات المرغوبة لتسهيل تذكيرها بها ولتحسين قدرتها على المراقبة الذاتية Self- monitoring.

وقد أظهرت النتائـج تراجعا هائلا وسريعا في السلوكيـات غير المرغوبة لدى مقارنة بيانات الخط الـقاعدي بمرحلة المعالجة بالاقتصـاد الرمزي، لكن لم يظهر أي تحسن إضافي بعد الدخـول في المراحل الأخيرة المتضمنة مرحلة العـلاج بالليثيوم. وقد تمت عمليـة تقييم السلوك النفسي لـلمريضة في منزلها قبل وبـعد العلاج بناء على طلب والدتها القيـام بتقرير يومي لسلوكها وأدائها على قائمـة البنود السلوكية المرغوبة المختلفة. وقد ظهر ما يثـبت وجود تعميم واحتفاظ Maintenance بالآثار العلاجية في البيئة المنزلية، حتى بعد إيقاف الليثيوم.

ج/ العلاج الكلامي: Speech Therapy

استطاع بعض الـعلماء -كمـا رأينا- إثبات فائدة أسـاليب الثواب والعـقاب Punishment and reinforcement techniques في إزالة السلوكيات غير الملائمة - خاصة السلوكيات العدوانية- التي يظهرها مرضى الإصابات الدماغية (Wood and Eames, 1981). وقـد توصل «وود» و«ايمز» (١٩٨١) إلـى ضـرورة مـراعـاة أن أساليب الثواب والعقاب لوحدها لا تصلح مع جـميع الحالات وذلك بسبب القيود العـصـبيـة Neurological Constraints الشـائعة لدى بـعض مرضى الإصـابات الدماغية. وينصح الباحثان باستخدام أسلوب التعديل السلوكي المتضمن في العلاج الكلامي[١].

ويورد الباحثان إحدى الحالات لمريضة مصابة بإصابة دماغية صادمة استفادت من هذا الأسلوب، حيث كـانت تعاني من مشكلات في السلوكـيات الاجتمـاعية لعدم قدرتها على التلفظ بالعبارات المناسبة (والتي أثبتت الدراسة أن أسلوب الثواب والعقاب لم يؤد إلى تعديل السلوك اللفظي غير المناسب الصادر عنها).

وقد استخدم علاج الكلام من خلال تزويد المريضة بطرق السيطرة على إنتاج

(١) العلاج الكلامي هو استخدام العلاجـات والإرشاد النفسي لتحسين وظائف الكلام عند المعوقين في عمليـة الاتصال اللفظي والتـواصل والتوافق الكلامي. (جابر، كـفافي: معـجم علم النفس والطب النفسي الجزء السابع، ١٩٩٥ ص ٣٦٧٤).

كلامها Control her speech production، بالإضافة إلى التعليم المعرفي الزائد، لحاجتها الملحة والضرورية للسيطرة على عملية الكلام. واستخدمت فنية الوقت المستقطع في حالة ظهور السلوك غير المرغوب، بالإضافة إلى تقديم التعزيز الإيجابي لجميع السلوكيات المرغوبة حال حدوثها. وقد أظهرت المريضة تراجعا ملحوظا في الكلمات الملفوظة بشكل غير مناسب وفي سلوك التأتأة والتردد اللفظي.

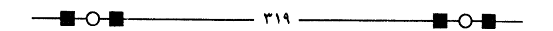
د / التدريب على مقاومة الضغوط:

ويوجد أسلوب تعديل سلوكي آخر وهو التدريب على مقاومة الضغوط والذي قدمه العالم النفسي «ميشنباوم» (Meichenbaum, 1975) وهو نوع من العلاج السلوكي المعرفي صمم ليساعد المرضى للتصدي والصمود بتغيير اتجاهاتهم نحو الضائقات والتوترات والضغوط ونحو أنفسهم.

وقد استخدم ليرا وآخرون (Lira, et. al, 1983) هذا الأسلوب لمعالجة الغضب Anger والاندفاعية Impulsivity عند إحدى مرضى الإصابات الدماغية. وكان هذا المريض يعاني من التحمل الضعيف للإحباط Low frustration tolerance ومن ضعف في التحكم في اندفاعاته Poor impulse control مما يجعله يقوم بثورات واهتياجات عدوانية. وقد تألف برنامج التدريب على مقاومة الضغوط من ثلاث مراحل:

- الإعداد المعرفي Cognitive preparation للمريض لتعليمه بعض المعلومات عن الغضب والطرق المناسبة للتعبير عن الغضب.
- اكتساب المهارات وتتضمن إعادة التقييم المعرفي للأحداث المثيرة للغضب والتعبيرات اللفظية عن الأفكار والمشاعر الإيجابية عن الذات.
- تدريب عملي على ممارسة مهارات التعامل مع مواقف الغضب المرتبة هرميا بشكل تصاعدي (من الأقل إثارة للغضب عن أكثرها إثارة).

وقد تم تسجيل عدد الثورات العنيفة التي أصدرها المريض في خلال ثلاث فترات:



الفترة الأولى قبل بدء العلاج Pre- treatment واستمرت أربعة أسابيع قبل البدء بالبرنامج العلاجي، أما الفترة الثانية وهي فترة تعرض المريض للبرنامج العلاجي واستمرت أربعة أسابيع أيضا، وأما الفترة الثالثة وكانت بعد انتهاء البرنامج Post- treatment، واستمرت لمدة أسبوعين فقط.

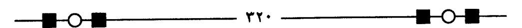
وقد أشارت النتائج إلى أن نوبات العنف قد تناقصت من معدل ٢,٧٥ مرة أسبوعيا في الفترة الثانية خلال فترة العلاج، واختفت الثورات العنيفة تماما في الفترة الثالثة بعد مرور أسبوعين على الانتهاء من العلاج، وهو ما جعل المريض يغادر الوحدة التأهيلية والمستشفى نفسها.

وأظهر القياس التتبعي بعد مضي خمسة أشهر احتفاظ المريض بالمكاسب العلاجية وتعميمه لآثار العلاج التدريبي على مواقف الحياة اليومية كاملة. وقد سجل الأفراد المقيمون مع المريض والذين يتصلون ويتعاملون معه الغياب التام لثورات الغضب خلال فترة المتابعة (الخمسة أشهر) بالإضافة إلى ارتفاع مستوى أداء المريض على الأبعاد المهنية والاجتماعية. وتوحي هذه الدراسة المهمة أن التدريب على مقاومة التوتر والضغوط يعتبر تدخلا علاجيا ذا قيمة عالية لدى المصابين بإعاقات دماغية.

هـ/ التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training (SST)

استخدم بروثيرتون وآخرون (Brotherton, et. al, 1988) أسلوبا سلوكيا علاجيا آخر وهو التدريب على المهارات الاجتماعية لمساعدة أربعة من مرضى الإصابات الدماغية على التخلص من السلوكيات الاجتماعية غير المرغوبة. وقد تألفت عناصر البرنامج من المكونات الخمسة التالية:

- تعليم المريض ما المبررات لتعديل السلوكيات غير المرغوبة المستهدفة.
- نمذجة السلوكيات المناسبة.
- التجارب والبروفات السلوكية Behavioral rehearsal
- تغذية راجعة للأداء مسجلة سمعيا وبصريا (على شريط فيديو).
- تعزيز اجتماعي للسلوك الصحيح.



وقد أظهرت النتائج كفاءة وفاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عند ثلاثة من المرضى الأربعة. كما تبين أن العلاج كان فعالا بصورة أفضل من المهارات الحركية البسيطة (مثل وضعية الجسم Posture) إضافة إلى السلوكيات اللفظية الأكثر تعقيدا (مثل الجمل الإيجابية Positive Statements) وهذا ما دعا الباحثين إلى اقتراح تقسيم المهام والسلوكيات المعقدة إلى مكونات تدريبية بسيطة صغيرة.

ومن المدهش أنه بالرغم من أن المرضى قد أصبحوا لا يتذكرون ماهية السلوكيات المستهدفة السابقة (غير المرغوبة التي كانوا يقومون بها) فإنهم استمروا في إظهار المكاسب السلوكية التي تعلموها في البرنامج التدريبي. وقد احتفظ المرضى بالتحسن الذي حققوه كما ظهر من القياس التتبعي التي تم بعد عام من انتهاء البرنامج العلاجي.

و / التدخل المضاد Paradoxical Interventions

يلاحظ أن بعض المرضى من أصحاب الإصابات الدماغية لا يستفيدون من أي من الأنواع العلاجية السلوكية السابق ذكرها. وهذا ما جعل بعض العلماء (Kushner & Knox 1973) يبتكرون أساليب أخرى أطلقوا عليها «فنيات الاستخدام أو الاستفادة Utilization techniques وذلك لإزالة سلوكيات اللاتعاون لبعض مرضى الإصابات الدماغية التي كانت تتدخل وتحول دون إجراء عملية التقويم الكلامي واللغوي الذي يقوم به أخصائيو التأهيل. وتمثل هذه الأساليب ما أصبح يطلق عليه حديثا التدخل المضاد أو المعاكس أو الوصفة الطبية للأعراض Shoham- Solo man) Symptom Prescription n (Rosenthal, 1987).

وفي أسلوب التدخل المضاد يتم توجيه المريض وتشجيعه على القيام بالسلوكيات التخريبية. ويمكن توضيح استخدام هذا الأسلوب في الحالة التالية:

كان المريض المصاب بصدمة في الدماغ يجلس على كرسيه المتحرك بعجلات ورأسه مائلا إلى الخلف محدقا في السقف ورافضا المشاركة أو الاستجابة للأنشطة التأهيلية. وقد حاول المعالج مرارا تجريب العديد من الأساليب العلاجية للسيطرة على هذا السلوك غير المرغوب بما فيها: الاهتمام والانتباه والتجاهل والعقاب لكنها جميعا لم تؤد إلى أي نتيجة. ومن ثم أمر المعالج المريض بأن يبقى رأسه مائلا إلى الخلف وأن يحدق في السقف، وذلك في كل مرة كان يرفض أداء المهمة التأهيلية المطلوبة. وقد استجاب المريض مباشرة وعلى الفور أرجع رأسه إلى الأمام في الوضع الطبيعي وقام بأداء المهمات المطلوبة منه على أتم وجه خلال الجلسة التأهيلية. وقد بقي هذا الأسلوب فعالا مع المريض في الجلسات التأهيلية التالية.

وتشير هذه الحالة إلى أنه من خلال تشجيع المريض على المقاومة وإبداء عدم التعاون والاستمرار في السلبية (السلوك التخريبي وغير المتعاون) يمكن إقناعه بالعدول عن السلوك غير المرغوب. كما أنه لم يعد بإمكان المريض استخدام السلوك غير المتعاون كأسلوب للسيطرة والتحكم في بيئته لأنه قد وضع في موقف متناقض Paradoxical situation هذا مع ملاحظة عجز المريض عن القيام بتعميم هذا التعديل في سلوكه إلى مواقف بيئية أخرى.

القسم الثالث

مشكلات الانتباه والدافعية

كما سبق أن أوضحنا فإن الأشخاص المصابين بالصدمات الدماغية أو أية إصابات متلفة للدماغ خاصة المنطقة الدماغية الأمامية غالبا ما يظهرون قصورا في الانتباه وفي الدافعية. ويشكل هذا القصور مشكلة كبيرة لمهنة التأهيل وللعاملين فيها، وذلك لأن المرضى قد يكونون غير قادرين على التركيز على المهمات العلاجية، أو يكونون غير مبالين بها، كما قد يظهرون اهتماما طفيفا بالمشاركة في البرنامج العلاجي.



وقد اقترح «وود» (Wood, 1984, a) أن العلاج السلوكي قد يكون من أكثر الأساليب العلاجية كفاءة لمعالجة حالات الاضطرابات الانتباهية. كما أشار أنسى (Ince, 1976) بصورة مماثلة إلى فاعلية استخدام الأساليب السلوكية في معالجة مشكلات الدافعية.

وفيما يلي عرض لبعض الجهود البحثية التي أشارت إلى كفاءة المداخل السلوكية في معالجة مشكلتي اضطراب الانتباه واضطراب الدافعية لدى مرضى الإصابات الدماغية.

أولا / بحوث ميشنباوم، وبستر، سكوت:

قام ميشنباوم وآخرون (Meichenbaum, et. al 1973, 1971) بتطوير أسلوب التدريب على التعليم الذاتي Self- Instruction لتسهيل أداء الأفراد الذين يعانون من قصور وعجز عن الانتباه مثل أمراض الفصاميين والأطفال الاندفاعيين، وذلك في المهام التي تتطلب تركيزا وانتباها مستمرا. ويستخدم أسلوب التعلم الذاتي الحديث المقنع Covert Speech أو التلفظ شبه المسموع Sub vocal Speech كاستراتيجية للتنظيم الذاتي.

وقد تبنى «وبستر» و «سكوت» (Webster and Scott, 1983) هذا المنهج في معالجة أحد المرضى المصابين بصدمة دماغية الذي كان يعاني من عجز عن الانتباه كان يمنعه من تعلم وتذكر المعلومات. ويتصف هذا المريض بالإعاقة البسيطة نسبيا، ولديه دافعية عالية، لكنه لم يستفد من أي أسلوب علاجي قدم له مثل التدريب على الاسترخاء أو التنويم الإيحائي Hypnosis وذلك خلال السنتين اللتين مضتا على إصابته. وقد صمم برنامج التعليم الذاتي لتعليم المريض الأساليب الفعالة لمنع العجز والقصور الواقعين بسبب كل من الأفكار المشوشة التي ليس لها صلة بالموضوع وعملية الاستمرار في الاعتماد على العناصر المغلوطة من المعلومات السابق للمريض تعلمها. وقد تمت خطوات العلاج كالتالي

١/ تدريب المريض على استعمال الجمل التعليمية الذاتية لإعداد نفسه للاستماع ولطلب التكرار عندما يصبح مشتتا.

٢/ تعليم المريض كيفية تكرار التلفظ بالجمل الذاتية بصوت مسموع، ثم بصوت شبه مسموع.



وقد تم إنقاص الوقت المسموح به للتلفظ شبه المسموع تدريجيا وببطء ومن ثم تم إيقاف هذا الأسلوب نهائيا خلال ثلاث جلسات تدريبية. وذلك بهدف جعل المريض يثق في نفسه وفي أدائه، حتى وإن بنيت هذه الثقة ببطء، ويعتمد على تلفظه شبه المسموع والمكرر بدقة لحظة تلو اللحظة حتى يتمكن من استعادة وتذكر المادة المطولة المكررة في ذهنه بصورة صامتة Covert لوحده.

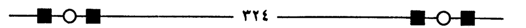
وقد أظهرت القياسات البعدية تحسنا واضحا في الانتباه مقارنة بالقياسات القبلية. وهذا التحسن أدى إلى تحسن في استدعاء المعلومات أيضا، وفي القدرة على القراءة. ويفسر الباحثان هذا التحسن بأنه يعود إلى تحسن قدرة الفرد على الإصغاء والانتباه إلى المعلومات المترابطة ذات الصلة بموضوع محدد، وتجاهل المعلومات الأخرى المشوشة والمتعارضة والمتداخلة، هذا من ناحية وسلوك الانتباه إلى العمل الحالي الذي يقوم به المريض من ناحية أخرى. وقد أشارت قياسات المتابعة بعد مضي سنة ونصف إلى احتفاظ المريض بهذه المكاسب العلاجية.

ثانيا/ بحوث مالك:

كما أجرى مالك (Malec, 1984)، دراسة للتحقق من كفاءة أسلوب تعليم مهارات المراقبة الذاتية في معالجة مشكلات الانتباه لدى مرضى الإصابات الدماغية الذين يعانون من صعوبة بالغة في الإصغاء والانتباه إلى المثيرات المناسبة، وهي الصعوبات التي تؤدي إلى فشل هؤلاء المرضى في تنظيم سلوكهم. وقد قام «مالك» باختيار مريضة مصابة بصدمة دماغية ودربها على مراقبة سلوكها اللفظي، وبالتالي أدى ذلك إلى تحسن مهارات التحدث لديها كالتالي:

أ / تم تقسيم السلوك إلى عناصر استجابية، وتكونت العناصر الاستجابية المتعلقة بالتحدث المناسب كالآتي: تكوين عبارة، المراقبة الذاتية للعبارة، التوقف لحين صدور الاستجابة من الآخر، وتوجيه سؤال إذا لم تظهر الاستجابة من الشخص الآخر.

ب/ تم تحديد الاستجابات المعرقلة للحديث مثل: التكرار والبحث عن الكلمة المناسبة والتوقف والتردد قبل الانتهاء من إصدار الجملة، ثم القيام بتغيير الموضوع.



ج/ تم تدريب المريضة على التفريق بين الاستجابات المناسبة والاستجابات غير المناسبة باستخدام كل من النمذجة السلوكية والتأمل والتفكير اللفظي Verbal meditation. وقد تمت نمذجة الاستجابات المناسبة للمريضة ومن ثم طلب منها القيام بالتدريب عليها، كما قامت بممارسة عملية مراقبة ذاتية مكثفة، وقدمت لها التغذية الراجعة من خلال المعالج ومن خلال التسجيل الصوتي الآلي Audiotape. وعندما كان يصدر عن المريضة استجابة غير مناسبة كان المعالج يقوم بالإشارة إلى اسم الاستجابة غير الصحيحة، لجعل المريضة تقوم بالانتباه لتصحيح نفسها ذاتيا.

وبعد التدريب على العناصر الاستجابية بشكل منفصل تم تدريب المريضة على أن تقوم بربطها سويا بطريقة متسلسلة متتابعة، وأن تقوم باستخدام القواعد اللفظية المستترة Covert verbal rules (غير المسموعة، تلميحا) بصورة متزايدة لكي توجه سلوكها وتسهل التعميم من خلال استخدام أسلوب التعزيز بالمديح الذاتي المستتر الذي يلي الاستجابة الصحيحة للتتابع السلوكي، بالإضافة إلى تقديم المعالج لها التعزيز على قيامها بالمديح الذاتي (التعزيز الذاتي).

وقد أشارت النتائج إلى تحسن كبير في مهارات المحادثة لدى المريضة لكنها فشلت في الاستمرار في عملية المراقبة الذاتية والتعزيز الذاتي. ويفسر الباحث ذلك بأنه يعود إلى القصور في الذاكرة Memory deficit. وأوصى الباحث بأن المراقبة الذاتية والقواعد السلوكية المستترة والتعزيز الذاتي Self- reinforcement يمكن فقط تعليمها لمرضى الإصابات الدماغية الذين لا يعانون من قصور عقلي حاد.

ثالثا/ بحوث انسى:

كما أن مشكلات الدافعية قد تعيق الإجراءات التأهيلية لمرضى الإصابات الدماغية، فالمريض قد يرفض حضور جلسات العلاج، أو يحضر ولكن بدون انتظام وبصورة متقطعة. وقد يصل إلى المواعيد متأخرا ويقوم بالمهام العلاجية بصورة مختلفة عن زملائه. كما أن المرضى الذين يفتقرون إلى الدافعية لن يقوموا بأية محاولة لنقل ما تعلموه خلال الجلسات العلاجية إلى المواقف البيئية الأخرى المشابهة.

وقد أجـرى انسى (Ince, 1976) تجـربة لمعالجـة مريض ومـريضة بالسكتـة الدماغية كانا يفـتقران إلى الدافعية، مستفـيدا من فكرة الجمع بين برنامج مرغوب وآخر غـير ذلك. وقد تألف البـرنامج العلاجي للمريـض الأول من دمج لبرنامج العـلاج الطبيـعي Physical Therapy (PT) مع برنامج العـلاج الكلامي Speech Therapy (ST)، لكن المريض كان يرغب في الاستمرار في برنامج العلاج الطبيعي فقـط لاعتقـاده أنه لوحـده كفيـل بحل جمـيع مشكلاته. ولكون برنامج الـعلاج الطبيعي معززا للمريض فقد استخدمه الباحث في تحفيز المريض وإثارة دافعيته على المشاركة في البرنامج الثـاني (العلاج الكلامي). وخلال ثلاثة أيام من بدء البرنامج الثنائي بدأ المريض بحضور البـرنامج العلاجي الكلامي بانتظام كامل وواظب على ذلك لمدة طويلة. واستـخدم الباحث نفس الإجـراء مع المريضة الثانيـة التي كانت ترفض المشاركة في برنامج العلاج المهني Occupational Therapy (OT) المعد لها. وخلال ثمـانية أيام تمت مشاركـة المريضة في مخـتلف فاعليات التـأهيل النفسي.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل التاسع

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١، ص (١٩٩٥، ١٩٩٦، و١٥٨٦، و١٨٩٣).

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢، ص٢٥٠٢.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥، ص٣٦٧٤.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٦، ص٣٩٦٨.

5. Brotherton, F.A., Thomas, L.L., Wistozek, I.E. and Milan, M.A. (1988): Social skills training in the rehabilitation of patients with traumatic clsed head injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, 827-832.

6. Crewe, N.M. (1980): Sexually inappropriate behavior. In D.S. Bishop (Ed.), Behavioral problems and the disabled: Assessment and management (pp. 120-141). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

7. Grimm, B.H. and Bleiberg, J. (1986): Psychological rehabilitation in traumatic brain injury. In S.B. Filskov and T.J. Boll (Eds.(, Handbook of clinical neuropsychology (Vol. 2, pp. 495-560). New York: Wiley.

8. Hollon, T.H. (1973): Behavior modification in a community hospital rehabilitation unit. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 54, 65-68.

9. Ince, L.P. (1973): Behavior modification with an aphasic man. Rehabilitation Research and Practice Review, 4, 37.

10. Ince, L.P. (1976): Behavior modification in rehabilitation medicine. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

11. Kazdin, A.E. (1980): Behavior modification in applied settings. Homewood, IL: Dorsey.

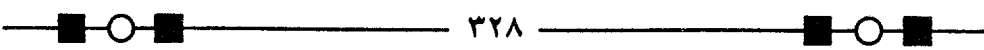
12. Kushner, H. and Knox, A.W. (1973): Application of the utilization technique to the behavior of a brain-injured patient. Journal of Communication Disorders, 6, 151-154.

13. Lira, F.T., Carne, W. and Masri, A.M. (1983): Treatment of anger and impulsivity in a brain damaged patient: A case study applying stress inoculation. Clinical Neuropsychology, 5, 159-160.

14. Malec, J. (1984): Training the brain-injured client in behavioral self-management skills. In B.A. Edelstein and E.T. Couture (Eds.), Behavioral assessment and rehabilitation of the traumatically brain-damaged (pp. 121-150). New York: Plenum.

15. McGlynn, S.M. (1990): Behavioral Approaches to Neuropsychological Rehabilitation, Psychological Bulletin, 108, 420-441.

16. Meichenbaum, D. (1975): A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In



C. Spielberger and I. Sarasen (Eds.), Stress and anxiety (Vol. 1, pp. 237-263). New York: Wiley.

17. Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1973): Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. Behavior Therapy, 4, 515-534.

18. Meichenbaum, D. and Goodman, J. (1971): Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. Journal of Abnormal Psychology, 77, 115-126.

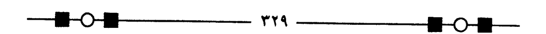
19. Murphy, S.T. (1976): The effects of a token economy program on self-care behavior of neurologically impaired inpatients. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 7, 145-147.

20. Sharf, R.S. (1996): Theories of psychotherapy and counseling. Concepts and cases. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

21. Shoham-Salomon, V. and Rosenthal, R. (1987): Paradoxical interventions: A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 22-28.

22. Whaley, A.L., Standrod, C.B., Pollack, I.W. and Lehrer, P.M. (1986): The effects of behavior modification vs lithium therzapy on frontal lobe syndrome. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry, 17, 111-115.

23. Webster, J.S. and Scott, R.R. (1983): The effects of self-instructional training on attentional deficits following head injury. Clinical Neuropsychology, 5, 69-74.

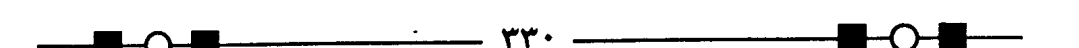


24. Whood, R.L. (1984): Behavior disorders following severe brain injury: Their presentation and psychological mnanagement. In N. Brooks (Ed.), Closed head injury. Psychological social and family consequences (pp. 195-219). Oxford, England: Oxford University Press.

25. Wood, R.L. (1986): Rehabilitation of patients with disorders of attention. The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 1, 43-53.

26. Wood, R.L. and Eames, P.G. (1981): Application of behaviour modificn the rehabilitation of traumatically brain-injured patients. In G. Davey (Ed.), Application of conditioning theory (pp. 81-101). New York: Methuen.

☺☺☺☺☺☺





علاج الحركة الإجبارية

(لمرضى السكتة الدماغية المزمنة)

- مقدمة
- العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه
- نموذج التعطيل المتعلم (عند الحيوان)
- تطبيقات منهج العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه على مرضى السكتة الدماغية المزمنة
  - تطور حركة العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه
  - أساليب التغلب على عدم الاستعمال المتعلم



علاج الحركة الإجبارية

(لمرضى السكتة الدماغية المزمنة)

مقدمة:

يعتبر علاج الحركة الإجبارية أو العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه Constraint- Induced Movement Therapy (CI) منهجا جديدا في ميدان التأهيل الحركي[1] Rehabilitation of movement. ويستند هذا المنهج إلى نتائج الأبحاث في العلوم العصبية Neurosciences وعلم النفس السلوكي Behavioral psychology. وقد أظهرت هذه البحوث من-خلال التجارب المضبوطة إلى حد كبير- قدر استخدام The amount of use الأطراف العلوية المعوقة Impaired upper-extremity لدى مرضى السكتة الدماغية المزمنة Chronic stroke patients، وذلك في كل من المعامل التجريبية والمواقف الواقعية في العالم الخارجي.

القسم الأول

العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه

ويتألف العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه من مجموعة من الفنيات والأساليب التي تحث مرضى السكتة الدماغية على الاستخدام المكثف للأطراف العلوية لعدة ساعات يوميا لمدة تتراوح بين ١٠-١٤ يوما متتالية. وتتضمن الفنية المميزة لهذا البرنامج تقييد الذراع المقابلة في حمالة مربوطة بالعنق، والقيام بتدريب الذراع المصابة.

---

(١) من الفنيات الشائعة في علاج المرضى العقليين وبعض المصابين بالإعاقات «علاج الحركة Movement therapy وهي طريقة علاجية يشجع فيها المرضى العقليون والأفراد المعاقون أن يعبروا عن عواطفهم وانفعالاتهم والتخفف من التوترات وتنمية صورة جسدية محسنة، وأن يصلوا إلى وعي أكبر من الوعي بالجسم وتفاعلا اجتماعيا أفضل خلال تمارين إيقاعية واستجابات إلى الموسيقى. وينفذ العلاج الحركي تحت إشراف معالج حركة أو مدرب رقص متدرب (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢٢٨٢) وهناك أيضا تربية الحركة movement education وهي فنية أو أسلوب مصمم لمساعدة الطلاب أو المرضى لينموا المهارات الحركية والتعبير الابتكاري والوعي بالذات من خلال الحركات الجسمية وتسمى أيضا علاج الحركة (المرجع السابق ص ٢٢٨١). (انظر أيضا مدخل علاج الرقص dance therapy في نفس المرجع، الجزء الثالث ص ٨٥٢)

ويعتبر علاج الحركة الإجبارية أو الحركة المستحثة بالإكراه (CI) منهجا جديدا في مجال التأهيل الحركي، ويستند إلى علم النفس السلوكي والعلوم العصبية. ويتكون هذا العلاج من مجموعة من العلاجات التي تتضمن تركيز الانتباه على ممارسة واستخدام الذراع المصابة لدى مرضى السكتة الدماغية وتكرار هذه الممارسة في العيادة مع تقييد ومنع استخدام الذراع غير المصابة في كل من العيادة والمنزل.

وقد انبثقت هذه العلاجات مباشرة من البحوث الأساسية التي استخدمت أساليب الإشراط الإجرائي لتغيير سلوك استخدام الذراع Arm- use behavior عند القرود Monkeys الذي تم فيه إلغاء الإحساس الجسمي بأطرافهم الأمامية بواسطة الجراحة (Taub,1977).

وقد أشارت إحدى المراجعات الرئيسية للتدخلات التأهيلية لمرضى السكتة الدماغية إلى أن استخدام منهج الحركة المستحثة بالإكراه مع هذه الفئة المرضية كان من أكثر الأساليب فاعلية، وأنه أسلوب واعد ومبشر- وتؤكد هذه المراجعة على أنه من خلال هذا الأسلوب يمكن تسهيل الشفاء الحركي لدى مرضى السكتة الدماغية وذلك بواسطة القليل من الحركة الغرضية لليد، وأنه يمكن اعتباره واحدا من النماذج العلاجية القليلة التي تمت البرهنة فيه على إمكانية نقل الآثار العلاجية من العيادة إلى المواقف الحياتية (Duncan, 1997).

ويرى بعض الباحثين أن ندرة وجود التدخلات التأهيلية الفعالة Effective interventions في هذا المجال تعود بصورة مباشرة إلى ضعف إسهامات العلوم العصبية وعلم النفس السلوكي في التأهيل الطبيعي. وتركز العلوم العصبية- في دراستها للجهاز العصبي المركزي ولأمراضه- على أصول «اختلال الأداء الوظيفي» Dysfunction للجهاز العصبي كجزء من التأهيل العصبي للمرضى، في حين أن الإشراط الإجرائي -وهو إحدى العمليات التي اهتم علم النفس السلوكي ببحثها- يدرس كيفية القيام بتعديل منهجي ومنظم للسلوك، وهو الهدف النهائي للعلاج الطبيعي. ومن الواضح أن هذين التخصصين العلميين: ودراسة اضطراب الجهاز العصبي في أداء وظائفه من ناحية، ودراسة الاشتراط الإجرائي كوسيلة لتعديل السلوك من الجهة الأخرى هما الأساس في عمليات التأهيل الطبيعي، ولكن ذلك لا يمثل الواقع دائما.

وتحتل العلوم العصبية مكانا مهما في المنهاج الدراسي لكليات العلاج الطبيعي، لكن تأثر هذا العلم الذي كان ينال نصيبه بالكامل على المستوى التعليمي ظل يلعب دورا بسيطا جدا في مجال الممارسة العملية والتطبيق الكلينيكي. أما

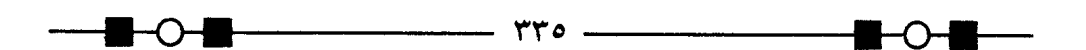
علم النفس السلوكي فقد أسهم بصورة كبيرة في البرامج العلاجية التأهيلية وخاصة علاج حالات الألم المزمن Chronic pain. لكنه لا مكان له، أو أن له مكانة متدنية جدا في مناهج كليات العلاج الطبيعي، وفي عملية تطوير برامج علاجية للاضطرابات الحركية.

ويمكن أن يعزى التأثير العملي المحدود للعلوم العصبية في التأهيل الطبيعي إلى حصر نتائج الدراسات والأبحاث الجارية في مجال العلوم العصبية في موضوعات يبدو أنها بعيدة عن التطبيق والممارسة الواضحة في المجال الكلينيكي، ومع ذلك فإن العديد من الاكتشافات الحديثة في مجال العلوم العصبية قد ولّدت اهتماما جديرا بالإشارة إليه، خاصة في مجال عمليات إصابات الجهاز العصبي المركزي وشفاء هذه الإصابات وإعادة تنشيط الحبل الشوكي، وإعادة تنظيم عمل قشرة الدماغ. ومن المأمول به أن تؤدي هذه البحوث إلى تدخلات تأهيلية جديرة وفعالة.

وفي الحقيقة أنه لا يوجد إلا التأثير القليل لعلم النفس السلوكي على عمليات التأهيل الحركي، ويعود ذلك بصورة جزئية إلى فشل أسلوب التغذية الراجعة الحيوية في إحداث التغيير العلاجي بصورة ثابتة في النشاط الوظيفي، وذلك بصورة خاصة عندما يتم تطبيق هذا الأسلوب في علاج الاضطرابات الحركية.

وقد ظهر في ستينيات القرن العشرين اهتمام قوي باستخدام أسلوب الإشراط الإجرائي في مجال التأهيل. واعتبرت نتائج التجارب الأولية المتضمنة استخدام إجراءات التغذية الراجعة الحيوية -باعتبارها أحد أنواع الإشراط الإجرائي- واعدة. فقد سجلت الدراسات تحسنا في مدى الحركة في اختبار العضلات اليدوية وفي التوتر العضلي الذي تم قياسهما باستخدام أداة التسجيل الكهربائي للانقباضات والاسترخاءات العضلية Electromyography لكن الدراسات أثبتت لاحقا فشل هذا الأسلوب، حيث إن التفسيرات الفيزيولوجية كانت غير ثابتة، ولم ترتبط بتغيرات في النشاط الوظيفي، وهو ما جعل أسلوب التغذية الراجعة الحيوية مثار التساؤل والشك في المجالات الكلينيكية.

وقد أدت خيبة الأمل في أسلوب التغذية الراجعة الحيوية إلى إهمال جميع أساليب الإشراط الإجرائي، وبالتالي قل الاهتمام باستخدام أساليب الإشراط الإجرائي في مجال التأهيل الحركي.



وتقـوم علوم الحـركـة Movement Sciences بلعب دور هام ورئيسـي في الممارسة العملية للعلاج الطبيعي. وتتعلق علوم الحركة أيضا بدراسة تعلم الحركة، الجسدية وبالعوامل المسببة للحركـة والتي يهتم بدراستها علم الحركة Kinetics وهو علم يدرس أثر القوى على حركات الأجسام.

ولم تنجح علوم الصحة في تشكيل التدخلات العـلاجية الفعالة، وقد يعود ذلك إلى أن النماذج المبكرة Early models من الضبط الحركي Motor control بما فيها النظريات الهرمية الحركية والانعكاسية الفطرية Reflex and motor hierarchy theories لم تضع الحركة الإنسانيةHuman movement في اعتبارها بصورة كاملة، ومع ذلك فإن هذه النظريات غير الكاملة قد سهلت للمناهج الأخرى الدخول إلى العلاج الطبيعي وإن لم تثبت كفاءتها أيضا.

وقد وفرت النماذج المعاصرة للضبط الحركي أو التي تتضمن نظريات الأنساق أو الأنظمة Systems والأفعال الديناميكية Dynamical action (والوظيفة) الموجهة بالمهمة Task- Oriented والنظريات البيئـية أو الأيكولوجية Ecological theories والتفسيـرات الأكثر شمولا وعمـقا للحركة البشرية مقـارنة بالنماذج الأولية. ومع ذلك فإن الحاجة مازالت قائمة لمزيد من المعلومات الكافية ليمكن الاستفادة من هذه النظريات بتطبيقها في الواقع والممارسة الكلينيكية.

وتبدو هذه المشكلة واضحـة بشكل خاص في الصعوبة التي تواجـه الباحثين والأخصائيين الممارسين في توظيف منهج الوظيفة الموجهة بالمهمة وتفعيله في مجال العلاج الطبـيعي، بالإضافـة إلى أن أبحاث التـعلم الحركي Motor- learning قد أجريت بصـورة واسعة على أفراد أصـحاء بدلا من إجرائها على أفـراد يعانون من إعاقات عصبية حركية، كما أنها ركزت على مهمات مصطنعة واستخدمت مقاييس محـدودة للحركة مـثل معـدل السرعة والخطأ في ذلك للإشـارة إلى المدى الكامل لاستخدام الأطراف العلوية والسفلية في أنشطة الحياة اليومية.

القسم الثاني

نموذج التعطيل المتعلم

(عند الحيوان)

عندما يتم تعطيل الناقل العصبي بنزعه أو تـدميره من أحد الطرفين الأماميين عند أحد القردة فإن القرد لن يستعمل هذا الطرف بعد ذلك في حياته.- وعلى ذلك فكر العلمـاء في أنه لو قيدت حـركة الطرف السليم للحـيوان لعدة أيام فـإن القرد يجد نفسـه «مضطرا» و «مستـحثا» على استـخدام الطرف المعطل بصورة مسـتمرة ودائمة.

وقد تمت البرهنة على أن التدريب على استخدام الطرف المعطل عصبيا يعتبر أسلوبا علاجـيا فعالا. وقـد استخـدم أسلوب الاستجابة الشـرطية Conditioned response بصورة أساسـية للتدريب على استـخدام الطرف المعطل (Knapp, Taub & Berman 1958; Taub, 1977; Taub, Bacan & Berman, 1965; Taub, Elman & Berman, 1966; Taub, Williams, Barro & Steiner, 1978) وبالتالي فقـد تبين أن أسلوب التشكيل Shaping الذي يتضـمن زيادة المتطلبات السلوكـية بواسطة خطوات صغيرة جدا يعتبر فعالا للغاية في هذا المجال التأهيلي.

وقد أشـارت بعض الكتابات إلى أن عدم الاسـتعمـال للطرف المعطل تعتـبر ظاهرة مـتـعلمـة Learned phenomenon تتـضـمن القـمع الـشـرطي للحـركـة Conditioned suppression of movement ومن هنا فإن أسلوبي التقييد والتشكيل يعتبران فعالين لأنهما يتغلبان على عدم الاستعمال المتعلم Learned nonuse.

وتؤدي الإصابات العصبية المركزية إلى وجود ظاهرة لها وقع الصدمة Shock-like سواء كـانت الإصابة على مستـوى العمود الفـقري (الصدمة الفـقرية Spinal Shock) أو على مستوى الدماغ (صدمة القشرة الدماغية Cortical Shock).

ويؤدي تعطل الناقل العـصبي إلى إحـداث قصـور (في الأداء) في العـمود الفـقري في المسـتوى الجـذري للإثارة الذي يحـافظ على بقاء الأعـصاب جـاهزة للاستجابة. ويبدو هـذا الأثر واضحا في نهائيات العمود الفقري المـعطلة عصبيا،



حيث إن الوضع المضغوط Depressed condition للأعصاب الحركية Motor neurons من شأنه أن يرفع بشكل كبير عتبة الإثارة Excitation threshold اللازمة والضرورية لإنتاج الحركة. وبمرور الوقت فإن عمليات الشفاء ترفع من المستوى الجذري للقابلية للإثارة في الأعصاب الحركية بحيث إن الحركات الممكنة -على الأقل المتعلقة بالجهد والقوة الدافعة- يمكن إنتاجها والتعبير عنها.

وفي التجارب التي أجريت على الحيوان استمرت الصدمة الفقرية عند القرود لمدة شهرين إلى ستة أشهر بعد الإجراء الجراحي لتعطيل الناقل العصبي لأحد أطرافها الأمامية. ويؤدي عدم قدرة القرود على استخدام الطرف المعطل عصبيا بسبب الصدمة الفقرية إلى القمع الشرطي لاستخدام العضو المعطل. وعادة ما يحاول المصاب عصبيا في أحد أطرافه استخدام هذا العضو مباشرة بعد الموقف التجريبي لكنه يعجز عن القيام بذلك. وغالبا ما تؤدي المحاولات لاستخدام الطرف المصاب المعطل إلى نتائج مؤلمة ومنفرة Painful and aversive مثل الوقوع وفقدان الطعام وتكرار هذا الفشل يتضمن العقاب الذي يؤدي إلى قمع استخدام الذراع (Kimeble, 1961).

وفي أثناء التجربة يتوافق القرد بشكل جيد داخل بيئة المعمل والمختبر التجريبي باستخدام ثلاثة أطراف فقط. ويتم بالتالي حدوث التعزيز الإيجابي لهذا النوع من السلوك. الذي يتم تقويته نتيجة للحالة التي خبرها القرد جديدا، وهذه الاحتمالية للتعزيز تؤدي إلى استمرار عدم استعمال الطرف المعطل. وبالتالي فإن القرد لن يتعلم استعمال هذا الطرف، لكن بعد مرور عدة أشهر على العملية الجراحية يصبح بالإمكان استخدام الطرف المعطل. ويعتبر القيام بتقييد الطرف السليم بعد مرور عدة أشهر على إجراء تعطيل عصبي للطرف الجانبي الآخر أسلوبا للتغلب على القمع الشرطي للحركة أو لعدم الاستعمال المتعلم.

والخلاصة أن تقييد الطرف السليم يؤدي إلى حث القرد على استعمال الطرف المعطل من أجل تناول الطعام والتحرك في الوسط بالأنشطة الحياتية اليومية وذلك بأي مستوى من الكفاءة. ويؤدي هذا التغيير في الدافعية إلى التغلب على عدم الاستخدام المتعلم للعضو المعطل، وبالتالي يقوم القرد ثانية بالعودة إلى استخدامه.

القسم الثالث

تطبيقات منهج العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه

أولا - تطور العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه:

من الفروض المتضمنة في تطور عدم الاستعمال المتعلم (LU) الذي يحدث عند الحيوانات أن هذه العملية تحدث أيضا عند بعض الأفراد الذين يصابون بالسكتة الدماغية بنفس الأسلوب الذي يحدث عند القرود وذلك بعد إجراء التعطيل الحسي العصبي. مع الفرق بأن الفترة الأولية لقمع الحركة قد تعود إلى أسباب ذات صلة مباشرة بالقشرة الدماغية بدلا من كونها مرتبطة بالعمود الفقري أو الصدمة الفقرية كما حدث عند القرود.

ولذا فقد تم افتراض أن الأسلوب الذي تم به التغلب على عدم الاستعمال المتعلم عند القرود بعد عملية تعطيل النواقل الحسية العصبية في أحد الأطراف الأمامية الجانبية سيعمل بنفس الفاعلية، ويشكل بالتالي علاجا ممكنا لزيادة مقدار استخدام الأطراف لدى مرضى السكتة الدماغية المزمنة الذين يعانون من الشلل النصفي في الأطراف العلوية (Taub, 1980).

وقد تبنت مجموعة من الباحثين الدراسات الأولية لتطبيقات العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه على الكائنات البشرية (Ince, 1969; Ince, et. al, 1971). فقد نقل انسى (Ince, 1969) أسلوب الاستجابة الشرطية المستخدمة مع القرود إلى برامج التأهيل الحركي لثلاثة من مرضى السكتة الدماغية الذين يعانون من الشلل النصفي للأطراف العلوية. فقد قام بتقييد الطرف السليم للمرضى إلى يد كرسي، وذلك أثناء الطلب من المرضى أن يقوموا بفرد ذراعهم المصابة لتجنب الصدمة الكهربائية. ولم تتغير الحالة الحركية لاثنين من هؤلاء المرضى في حين أن المريض الثالث تحسنت حالة ذراعه تدريجيا، واستمر التحسن بسبب التدريب المستمر سواء في العيادة أو في المواقف الحياتية.

كما قام توب وآخرون عام ١٩٩٣ (Taub, et. al, 1993) بتطبيق المنهج نفسه الذي استخدمه هو نفسه عام ١٩٨٠ (Taub, 1980) وسمي «بروتوكول توب» لتأهيل مرضى السكتة الدماغية المصابين بالشلل النصفي في الأطراف العليا مستخدمين مجموعة ضابطة Control group طبق عليها علاج الانتباه -الوهمي- Attention placebo لمقارنتها بالمجموعة التجريبية والتحقق من فاعلية الأثر العلاجي للتأهيل بهذا الأسلوب.

وقد أكد الباحثون ضرورة التحقق من قدرة المشاركين على نقل المكاسب العلاجية من المعمل إلى المواقف الحياتية. وقد وقع أربعة مشاركين في المجموعة التجريبية عقدا سلوكيا تضمن موافقتهم على ارتداء حمالة Sling لذراعهم السليمة لفترة تساوي ٩٠٪ من ساعات اليقظة لمدة أربعة عشر يوما. وخلال عشرة أيام من هذه الفترة تلقى المشاركون ست ساعات من التدريب على المهمات التي تمت مراقبتها والتي تضمنت استخدام الذراع المصابة (مثل تناول وجبة الغذاء، رمي الكرة، لعب الدومينو، الكتابة، رفع المقشة وسحبها) مع فترة راحة لمدة ساعة. أما المجموعة الضابطة المؤلفة من خمسة مرضى مصابين بنفس الحالة فقد اعلموا أن ذراعهم المصابة بها قدرة على الحركة أكثر مما يظهرون وتم توجيههم ضمن سلسلة من التدريبات السلبية في المركز العلاجي. كما تم إعطاؤهم تمارين حركية سلبية لتأديتها في المنزل.

وقد تم تطبيق المقاييس الحركية والجهدية التالية على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:

- اختبار وولف للوظيفة الحركية The Wolf Motor Function Test (WMFT) (Taub, et. al 1993; Wolf, et. al, 1989)

- اختبار القدرة على تحريك الذراع The Arm Motor Ability Test (AMAT) (Kopp, et. al, 1997; MoCul och, et. al, 1988)

- قائمة الأنشطة الحركية Motor Activity Log (MAL) (Taub, et. al, 1993)

وتتبعت القائمة الأخيرة استخدام الذراع في أربعة عشر نوعا من أنشطة الحياة اليومية Activities of Daily Life (ADL).

وقد أظهرت المجموعة التجريبية زيادة ملحوظة في القدرة الحركية (حسب نتائج القياس الذي شمل اختياري الحركة الأولى (WMFT) والثانية (AMAT) خلال الفترة العلاجية، في حين لم تظهر المجموعة الضابطة أي تغيير أو تراجع في القدرة على تحريك الذراع. كما أظهرت المجموعة التجريبية زيادة كبيرة على المقياس الثالث وهي قائمة الأنشطة الحركية (MAL) وذلك في العالم الواقعي

خارج المعمل التجريبي خلال أسبوعي العلاج، وأظهرت زيادة طفيفة في استخدام الذراع في قياس المتابعة Follow- up test بعد مرور سنتين على إجراء التجربة العلاجية، في حين لم يظهر أي تغير لدى أفراد المجموعة الضابطة أو أي تراجع وذلك في نفس فترة المتابعة.

ويتضح مما سبق أن هذه التجربة أكدت على فاعلية استخدام أسلوب تقييد الذراع السليمة مع القيام بتشكيل سلوك الذراع المصابة من خلال التدريب على ممارسة بعض المهام الحياتية لفترة من الوقت داخل المعمل التجريبي وفي الحياة الواقعية. وقد أشارت دراسات تجريبية أخرى إلى وجود العديد من الأساليب التي يمكن بواسطتها التغلب على عدم الاستعمال المتعلم (Taub, et. al, 1996; Taub & Wolf, 1997)

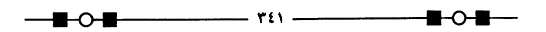
ثانيا- أساليب التغلب على عدم الاستعمال المتعلم:

ومن التدخلات العلاجية التي تم فحصها في هذا المجال الأساليب الآتية:

- وضع نصف قفاز Placement of half- glove في الذراع الأقل إصابة أو السليمة لتذكر المريض بعدم استخدامها وبالتالي تهيئ لتشكيل السلوك في الذراع المشلولة.
- القيام بتشكيل Shaping سلوك الذراع المشلولة فقط.
- العلاج الطبيعي المكثف للذراع المشلولة لمدة خمس ساعات يوميا خلال عشرة أيام متوالية (مثل العلاج المائي Aquatic therapy، التسهيل العصبي الفيزيولوجي Neuropsychological Facilitation والتدريب على أداء المهمة المطلوبة Task practice.

وفيما يلي بعض التفصيل للأساليب الثلاثة السابقة:

لقد صمم **الأسلوب الأول**. وهو التدخل العلاجي بأسلوب القفاز النصفي، بحيث يمكن استخدام أسلوب العلاج بالحركة المستحثة بالإكراه (CI) مع المرضى الذين يعانون من مشكلات التوازن Balance Problems، وبالتالي يكونون معرضين لخطر الوقوع عند ارتدائهم للحمالة Sling لرفع وتقييد الذراع السليمة. ومن الواضح أن هذا الأسلوب من شأنه أن يزيد عدد الأفراد من ضحايا السكتة



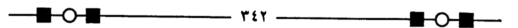
الدماغيــة الذين يمكنهم الاستفادة من هذا الأسلوب. ويســتخدم في هذا الأسلوب قفــاز مبطن بالقــطن يبقى الأصــابع حرة Paddy Safety milt وهذا يترك الذراع سليمــة طليقة، وذلك لكي لا تتم المجــازفة بتعــريض المريض للخطر مهمــا كانت احتمالاته، ولكنه يحول دون استخدام اليد والأصابع في أنشطة الحياة اليومية.

أما الأسلوب التدخلي الثاني: وهو تشكيل سلوك الذراع المشلولة فقط. فقد تم اختياره من أجل تقييم الأهمية النسبية لعنصري البرنامج التدخلي وهما: التقييد Constraint والتدريب على أداء المهمة Task Practice.

وأما الأسلوب الثالث: وهو العلاج الطبيعي المكثف فإنه لا يتـضمن التقييد الجـسمي للذراع السليـمة، ومع ذلك فـقد طـلب من المشاركين في هذا البـرنامج التدخلي عدم استعمال ذراعهم السليمة، وتمت مراقبة هذا الترتيب.

وقد أظهر أفراد المجموعات الثـلاث زيادة كبيرة في استخدام الذراع المشلولة وذلك في المواقف الحياتية الواقعية خلال فترة المعالجة.

☺☺☺☺☺☺



مراجع الفصل العاشر

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٢.

3. Duncan, P.W. (1997): Synthesis of intervention trails to improve motor recovery following stroke. Topics in Stroke Rehabilitation, 3, 1-20.

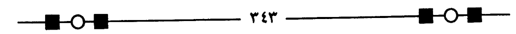
4. Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, B. and Taub, E. (1995): Increased use of the left hand in string players associated with increased cortical representation of the fingers. Science, 270, 305-307.

5. Ernst, E. (1990): A review of stroke rehabilitation and physiotherapy. Stroke, 21, 1081-1085.

6. Flor, H., Elbert, S., Knecht, C., Wienbruch, C., Pantev, C., Birmbaumer, N., Larbig, W., and Taub, E. (1995): Phantom limb pain as a perceptual correlate of massive cortical reorganization in upper limb amputees. Nature, 375, 482-484.

7. Halberstam, J.L., Zaretsky, H.H., Brucker, B.S., and Gutman, A. (1971): Avoidance conditioning of motor responses in elderly brain-damaged paitents. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 52, 318-328.

8. Horak, F. (1992): Assumptions underlying motor control for neurologic rehabilitation. In Contemporary management of motor control problems. Proceedings of the II Step



Conference, American Physical Therapy Association, Alexandria, VA, 11-28.

9. Ince, L.P. (1969): Escape and avoidance conditioning of esponse in the plegic arm of stroke patients: A preliminary study. Psychonomic Science, 16, 49-50.

10. Kimble, G.S. (1961): Hilgard and Marquis' conditioning and learning (2nd ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.

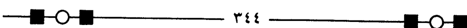
11. Knapp, H.D., Taub, E., and Berman, A.J. (1958): Effect of deafferentation on a conditioned avoidance response. Science, 128, 842-843.

12. Knapp, H.D., Taub, E. and Berman, A.J. (1963): Movements in monkeys with deafferented forelimbs. Experimental Neurology, 7, 305-315.

13. Kopp, B., Kunkel, A., Flor, H., Platz, T., Rose, U., Mauritz, K.H., Gresser, K., McCulloch, K.L., and Taub, E. (1997): The Arm Motor Ability Test (AMAT): Reliability, validity, and sensitivity to change of an instrument for assessing ADL disability. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78, 615-620.

14. McCulloch, K., Cook, E.W. III, Fleming, W.C., Novack, T.A., Nepomuceno, C.S. and Taub, E. (1988): A reliable test of upper extremity ADL function (Abstract). Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 69, 755.

15. Novack, T.A., Dillon, M.C. and Jackson, W.T. (1996): Neurochemical mechanisms in brain injury and treatment: A review. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 18, 685-706.



16. Schwab, M.E. and Bartholdi, D. (1996): Degeneration and regeneration of axons in the lesioned spinal cord. Psychological Reviews, 76, 319-370.

17. Shumway-Cook, A. and Woollacott, M.H. (1995): Motor control: Theory and practical applications. Baltimore: Williams and Wilkins.

18. Taub, E., Bacon, R. and Berman, A.J. (1965): The acquistion of a trace-conditioned response after deafferentation of the responding limb. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 58, 275-279.

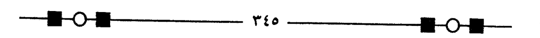
19. Taub, E., Ellman, S.J. and Berman, A.J. (1996): Deafferentation in monkeys: Effect on conditioned grasp response. Science, 151, 593-594.

20. Taub, E., Perrella, P.N., Miller, N.E., and Barro, G. (1973): Behaioral development following forelimb deafferentation on day of birth in monkeys with and without blinding. Science, 181, 959-960.

21. Taub, E., Perrella, P.N., Miller, E., and Barro, G. (1975): Diminution of early environmental control through perinatal and prenatal somatosensory deafferentation. Biological Psychiatry, 10, 609-626.

22. Taub, E. (1977): Movement in nonhuman primates deprived of somatosensory feedback. In Exercise and sports science reviews (Vol. 4, pp. 335-374).

23. Taub, E., Williams, M., Barro, G., and Steiner, S.S. (1978): Comparison of the performance of deafferented and intact



monkeys on continuous and fixed ratio schedules of reinforcement. Experimental Neurology, 58, 1-13.

24. Taub, E. (1980): Somatosensory deafferentation research with monkeys: Implications for rehabilitation medicine. In L.P. Ince (Ed.), Behavioral psychology in rehabilitation medicine: Clinical applications (pp. 371-401). New York: Williams and Wilkins.

25. Taub, E., Miller, N.E., Novack, T.A., Cook, E.W. III., Fleming, W.D., Nepomuceno, C.S., Connell, J.S., and Crago, J.E. (1993): Technique to improve chronic motor deficit after stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 74, 347-354.

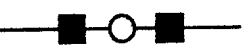
26. Taub, E., Flor, H., Knecht, S. and Elbert, E. (1995): Correlation between phantom limb pain and cortical reorganization. The Journal of NIH Research, 7, 49-50.

27. Taub, E., Pidikiti, R.D., DeLuca, S.C., and Crago, J.E. (1996): Effects of motor restrictiono f an unimpaired upper extremity and training on improving functional tasks and altering brain-behaviors. In J. Toole (Ed.), Imaging and neurologic rehabilitation (pp. 133-154). New York: Demos.

28. Taub, E. and Wolf, S. (1997): Constraint induction techniques to facilitate upper extremity use in stroke patients. Topics in Stroke Rehabilitation, 3, 38-61.

29. Taub, E., Cargo, J.E., and Uswatte, G. (1998): Constraint-Induced Movement Therapy. A New Approach to Treatment in Physical Rehabilitation. Rehabilitation Psychology, 43, 152-170.





30. Taub, E., and Uswatte, G. (2000): Implications of the learned nonuse formulation for measuring rehabilitation outcomes. Lessons from constraint-induced movement therapy. Rehabilitation Psychology, 50, 34-42.

31. Uswatte, G. and Taub, E. (2005): Implications of the learned nonuse formulation for measuring rehabilitation outcomes. Lessons from constraint-induced movement therapy. Rehabilitation Psychology, 50, 34-42.

32. Wolf, S.L. (1983): Electromyographic biofeedback applications to stroke patiens: A critical review. Physical Therapy, 63, 1148-1455.

33. Wolf, S.L., Lecraw, D.E., Barton, L.A., and Jann, B.B. (1989): Forced use of hemiplegic upper extremities to reverse the effect of learned nonuse among chronic stroke and head-injured patients. Experimental Neurology, 104, 125-132.

☺☺☺☺☺☺







النموذج الحيوى السلوكى
(لمقاومة ضغوط مرض السرطان)

- مقدمة
- نتائج الدراسات حول المرض وآثاره
- النموذج الحيوي السلوكي
- ضغوط مرض السرطان ومساراته النفسية
- مرض السرطان كمولد للضغوط
- المسارات السلوكية لسلوكيات الصحة
- الامتثال والطاعة والالتزام
- مسارات الحيوية

■ ○ ■ ○ ■

النموذج الحيوى السلوكى
(لمقاومة ضغوط مرض السرطان)

مقدمة:

عادة ما يتم تشخيص ما يقرب من المليون حالة سنويا كضحايا لمرض السرطان في الولايات المتحدة الأمريكية. وبالتالي يكون على هؤلاء الأشخاص التوافق مع هذا المرض ومع علاجاته. وتشير العديد من الدراسات إلى النسبة العالية من التدهور الذي يصيب نوعية حياة Quality of life هؤلاء المرضى. وتشير هذه الدراسات إلى أن عملية التوافق النفسي مع هذا المرض تحتاج إلى وقت طويل، كما أنها تثقل كاهل أصحابها بالعديد من الأعباء الناجمة عن هذا المرض الخبيث.

القسم الأول

نتائج الدراسات حول المرض وآثاره

تشير نتائج الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال إلى أن الراشدين المصابين بالسرطان لا يعانون فقط من خبرة التوتر الطويلة الأمد الناجمة عن الإصابة بالسرطان المؤدية إلى ارتفاع معدلات المصاعب التوافقية (مثل الإصابة بزملة الاكتئاب وأعراضه)، بل إنهم يعانون أيضا من الآثار البيولوجية أو الحيوية على صحتهم التي تتراوح من انخفاض وتراجع مستمر في نظام عناصر جهاز المناعة إلى النتائج الصحية السيئة المتنوعة مثل: المعدلات العالية في التهابات الأجهزة التنفسية Respiratory tract infections. وهذا ما يفسر التدهور الكبير الذي يحدث لنوعية حياة المرضى بالسرطان، خاصة إذا تضمنت إصابتهم بالسرطان عمليات حيوية متلفة للأجهزة الأخرى مثل جهاز المناعة Immune system وما يتصل بتطور وانتشار المرض وتفاقمه.

ومن هنا ظهرت الحاجة ماسة لوجود نموذج معالجة سلوكي حيوي Bio-behavioral لمساعدة ضحايا هذا المرض على التوافق مع الضغوط التي يؤدي إليها مرض السرطان. ويركز هذا النموذج على التصدي للميكانزمات التي تجعل الاستجابات الانفعالية والسلوكية لمرضى السرطان تؤثر على العمليات الحيوية ولربما على النتائج الصحية الشاملة الناتجة عن هذا المرض.

وتشير نتـائج معظم الدراسات إلى أن مرض السـرطان يعتبر مشكلة صـحية رئيسيـة تؤدي إلى وفاة ٢٣٪ من وفيات المجـموعة السكانية في الولايـات المتحدة الأمريكية. وبالرغم من ارتفاع معدلات الوفـاة الناجمة عن أمراض القلب والسكتة الدماغية إلا أن معدلات الوفاة الناتجة عن الإصابة بمرض السرطان قد تزايدت بنسبة ٢٠٪ خـلال الثلاثة عـقـود الماضيـة American Cancer Society (ACS) 1993، وهذا الارتفاع المذهل في عدد ضحايا هذا المرض يجعلنا نشـير إلى المواقع الجسمية أو المواضع التي يصيبها المرض والتي تشكل أعلى نسب مـسببة للوفاة بين المصابين بهذا المرض التي تتضمن الرئة Lung والثدي Breast والبروستاتة Prostate .

وقد شـهد سرطان الرئة -المسبب الأول للـوفاة- ارتفاعا بالغـا في إصابات السرطان المؤدية إلى الوفاة لدى الكبار بمعدل زيادة ١٢١٪ بين الرجال و ٤١٥٪ بين النساء. كـما ارتفعت معـدلات الوفيات الناتجة عن سـرطان البروستاتة -المسئول الثاني عن الوفاة والأكـثر شيوعـا بين الرجال- بنسبة ١٢٪ وبالنسبـة للنساء يشكل سرطان الـثدي ما نسـبتـه ٣٢٪ من الحالات الجـديدة التي تم تشخـيصـها بمرض السرطان.

وعن طريق الإسقـاطات الإحصـائية يكون من المتـوقع أن يتم تشخـيص ما يقرب من مـليون ونصف مليـون امرأة كمـريضة بهـذا المرض اللعين في الولايات المتحـدة الأمريكية وهي نسـبة تقرب من العـشر من مجـموع السكان الكلي، وأن حوالي ٣٠٪ من أولئك النسـوة ستنتهي حياتهن بالوفـاة بسبب هذا المرض. وهذه النسب مرشحـة للارتفاع والزيادة ما لم تحدث إنجـازات طبية ملموسة على جـبهة مقاومة المرض، سواء على جانب الوقاية منه أو على جبهة علاجه والتخلص منه.

وتشير الإحصاءات أيضا إلى أن هناك ارتفاعـا منذ ثمانينيات القرن العشرين بمعدل ٢٤٪ في الإصـابة بسرطان الثـدي بالرغم من المحاولات العـلاجية اليـائسة العديدة بما فـيها محـاولات زرع النخاع العظمي Bone marrow transplantation فقد بقـيت معدلات الوفاة بسـبب سرطان الثدي خلال السنوات الأخـيرة ثابتة لم تنخفض مع الجـهود العلاجـية المضنية. وعلى وجـه الإجمال فـإنه مع تزايد عدد الحالات التـي يتم تشخـيصهـا بهذا المرض الـفتاك. ومع تحـمل مرضى الـسرطان لإجراءات العلاج المؤلمـة والصعبة فإن مـعدل البقاء على قـيد الحياة لفـترة خمس

سنوات بعد الإصـابة بالمرض قد بلغ ٥٣٪ لدى الأمريكيين البيض بينـما كانت بين الأمريكيين السود ٣٨٪ فقط .

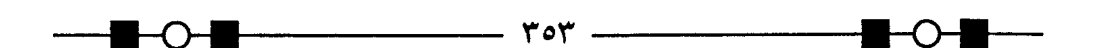
وقد بدأت الدراسات والبحوث في أواخر السبعينيات من القرن العشرين في التركيـز على البرامج التي أجراها الأخصـائيون النفسيـون لمعالجة الجوانب النفـسية المتـعلقة بمرضى السـرطان، مما أدى إلى تقـدم معـقول في وصف المصـاعب التي يواجـهها مـرضى السـرطان وإلى فحص عـمليـات التـوافق التي يقـومون بهـا (Andersen, 1989).

وقد هدفت الكثير من البحوث النفسية التي أجريت في مجال تأهيل مرضى السرطان إلى وقايـة هؤلاء المرضى من الأعباء النفسـية والسلوكية الثقـيلة والمرهقة التي يتعرضون لهـا، أو تخفيض حجم الضغط المتضـمن في هذه الأعباء، وتحسين نوعية الحـياة التي يحياها هؤلاء المرضى. واهتمت البـحوث بتحسين نوعيـة الحياة باعتـبارها المعـادل الموضوعي للأعبـاء والضغط التي يتـحملها المرضـى وبما يجعل هؤلاء المرضى أقل قتامة، وإيجاد وما يمثل بعـض الجوانب الإيجابية في حياتهم مما يشعرهم ببعض الراحة .

وعلى الرغم من الاختلاف الواضح بين العلماء على تعـريف «نوعية الحياة» وتحديد أبعادها فإن الكثـير منهم يتفق على أن منهج نوعية الحـياة يتضمن المكونات من قبيل:

- القدرة الوظيفية Functional ability (مثل النشاط Activity).
- الوظيفـة النفسـية Psychological functioning (مثـل الصحة الـنفسـية Mental health).
- التوافق الاجتماعي Social adjustment.
- الأعـــراض المرضـيـــة والمعـالجـــة (Disease- related symptoms and treatment).

وبالتالي فـإن الأخصـائيين النفسـيين الذين يدرسون علم الأورام الســرطانية Oncology يجب أن يركزوا في برامجهم النفسية وتدخلاتهم العلاجية على النتائج السلوكية المرتبطة بالأبعاد السابق ذكرها (e g., Kaplan, 1990).

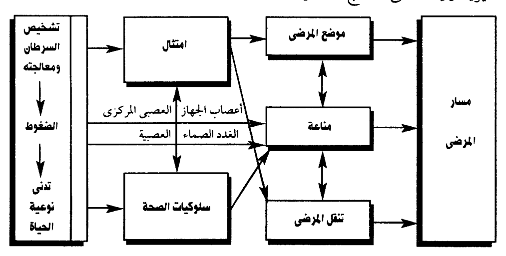


القسم الثاني

النموذج الحيوي السلوكي

يعتبر كل من التعاسة والكدر Distress والعوامل المولدة للضغوط (الضواغط) Stressors (مثل الأحداث الحياتية السلبية المزمنة Chronic منها أو الحادة Acute) ظواهر وثيقة الصلة وبصورة ثابتة بالتغيرات الحيوية المرتبطة بمرض السرطان مثل انخفاض وهبوط مستوى نظام المناعة Down- regulation in immunity. وهذا ما توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات والبحوث سواء منها الدراسات النوعية Qualitative التي اهتمت بجوانب معينة من المرضى أو الدراسات الكمية التي اهتمت بنسب الانتشار والشيوع Kiecolt- Glaser &) Glaser 1988; O'Leary, 1990; Weiss, 1992; Herbert & Cohen, 1993).

ويضع النموذج الحيوي السلوكي في اعتباره هذه المعلومات المهمة بالإضافة إلى المعلومات الأخرى التي توصلت إليها الدراسات والبحوث. ويوضح الشكل رقم ١/٢٩ كيفية توافق مريض السرطان مع الضغط الذي يسببه هذا المرض. كما يقدم النموذج الحيوي السلوكي الميكانزمات أو الآليات التي من خلالها تؤثر الاستجابات النفسية والسلوكية الناجمة عن ضغط الإصابة بالسرطان على العمليات الحيوية وأيضا على النتائج الصحية.



شكل (١١-١)

النموذج الحيوي السلوكي للمسارات النفسية (الضغوط ونوعية الحياة) والسلوكية (الامتثال) وسلوكيات الصحة) والمسارات الحيوية للضغوط الناجمة عن الإصابة بمرض السرطان حتى الوصول إلى مرحلة المرض

ولأغراض التبسيط نذكر أن مسارات هذا النموذج تتحرك في اتجاه سببي Causal واحد، وفيما يلي سنعرض المكونات والعناصر الأساسية لهذا النموذج بشيء من التفصيل في الأقسام المتبقية في هذا الفصل. فسنعرض لضغوط مرض السرطان والمسارات النفسية التي تفصح عن الاستجابة لهذه الضغوط، ثم نتحدث عن مرضى السرطان كمولد للضغوط والمسارات السلوكية المتمثلة في السلوكيات الصحية وفي الامتثال والطاعة والالتزام ثم نتناول المسارات الحيوية وذلك تحت العناوين الآتية:

- ضغوط مرض السرطان والمسارات النفسية.
- مرض السرطان كمولد للضغوط.
- المسارات الحيوية.

القسم الثالث

ضغوط مرض السرطان ومساراته النفسية



يتضمن تشخيص الإصابة بمرض السرطان وعلاجاته المختلفة أحداثا سلبية حقيقية. وعلى الرغم من أن الأحداث السلبية لا تؤدي بالضرورة إلى الشعور بالضغط وتغيير نوعية الحياة فإن المعلومات المستخلصة من نتائج الكثير من الدراسات تؤكد ظهور الكدر والتعاسة الانفعالية الشديدة Severe emotional distress إلى جانب وقوع الأحداث ذات الصلة بمرض السرطان Cancer- related events.

وقد أشارت نتائج إحدى الدراسات (Andersen, Andersen & Deprosse, 1989) التي أجريت للتعرف على مستوى الشعور بالضغط الحاد الذي يصاحب معرفة الفرد بإصابته بمرض السرطان وذلك على مجموعة من النساء اللواتي تم تشخيصهن بالإصابة بالسرطان المتعلق بالأمراض النسائية Gynecologic حيث تم تطبيق مقياس الصحة النفسية للحالات المزاجية The profile of Mood States (POMS) (الذي وضعه كل من ماك نير، لور، دروبليمان McNair, Lorr & Droppleman, 1981) على عدد من النساء بعد أيام قليلة من معرفتهن بإصابتهن.

وقد أظهرت درجات هؤلاء النسوة على المقياس أنهن حصلن على درجات أعلى بصورة دالة من الدرجات التي حصل عليها مجموعة من النساء المريضات بورم نسائي «حميد» Benign ولكن ينتظرن بدء العلاج (الدرجة العالية تعني نقص الصحة النفسية والحال المزاجية السيئة). وكذلك كانت درجات هذه المجموعة الأخيرة (مجموعة الورم الحميد) أعلى بصورة دالة أيضا من الدرجات التي حصل عليها مجموعة من النساء الصحيحات غير المرضى. وتؤكد هذه النتائج على الحقيقة المتمثلة في أن الضغوط الحادة تنتج عن التشخيص بالمرض السرطاني حيث يدرك من قبل المرضى كمهدد لحياتهم.

كما أصبح من الواضح أن علاجات السرطان الطويلة الأمد والتشوش والإفساد في النواحي الحياتية الرئيسة التي تظهر بالتالي بسبب هذا المرض تؤدي إلى الشعور بالضغوط الشديدة بشكل مزمن. ففي دراسة أجريت على ستين (٦٠) رجلا من الذين نجوا وبقوا على قيد الحياة (Survivals) بعد الإصابة بمرض هودجكين Hodgkin's disease [1]. وقد أظهرت استجابات المرضى بعد فترة طويلة من انتهاء العلاج أن لديهم دافعية منخفضة لإنشاء علاقات بينية حميمة مع الآخرين الغريبين منهم. كما أظهروا درجة عالية من التفكير التجنبي المتعلق بالمرض (وهي من صفات الأشخاص الذين أصيبوا باضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD) ·وفي الهموم المرتبطة بالمرض Illness- related concerns مع صعوبة العودة للمكانة الوظيفية Employment status قبل الإصابة بالمرض (Cella & Tross, 1986).

وتعتبر مشكلات مثل البطالة Unemployment وتولي الوظائف الأدنى من إمكانيات الفرد under employment، والتعرض للتمييز في العمل Job discrimination والصعوبة في الحصول على مزايا التأمين الصحي وخدماته من المصاعب الجوهرية لدى العديد من ضحايا مرض السرطان (فقد أشار ٤٠٪ الباقين على قيد الحياة بعد إجرائهم لعمليات نقل وزراعة النخاع الشوكي إلى مواجهتهم صعوبات بالغة في الحصول على التأمين الصحي) (Winegrad, et. al, 1991).

---

(١) مرض هودجكين Hodgkin's disease مرض يتضمن ورم وتضخم العقد الليمفاوية والطحال ومن أعراضه الحمى وفقدان الوزن وإفراز العرق الليلي وفقر الدم (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع ١٩٩١، ١٩٩١).

وهكذا يتضح حجم الضغوط التي يرزح تحتها مريض السرطان ومصادر هذه الضغوط أو مسبباتها مثل التعاسة الانفعالية المستمرة، والمهام الحياتية المرتبكة والمشوشة بالإضافة إلى الاضطرابات الانفعالية بين الشخصية وحالة الإنهاك Fatigue والطاقة المنخفضة Low energy والتي تنجم جميعا عن الإصابة بمرض السرطان.

ويلاحظ أن طبيعة العوامل الضاغطة أو الضواغط في حالة مرضى السرطان هي من النوع الذي لا يسبب الكدر والتعاسة وتدني نوعية حياة المريض فقط ولكنها من القوة بحيث تؤدي إلى إحداث تغيرات حيوية رئيسية داخل جسم المريض. وتتفاوت هذه التغيرات تبعا لمدى الإصابة بالمرض Extent of disease (الذي كلما تفاقم أصبح المريض في حاجة إلى المزيد من العلاجات الإشعاعية (More radical treatment).

أما بالنسبة للعوامل النفسية وأثرها على الوظائف الحيوية في جسم الإنسان فقد أجرى كل من «هربرت» «Herbart» و«كوهن» Cohen دراسة عام ١٩٩٣ حللا فيها نتائج الدراسات السابقة والتي أجريت على الشعور بالضغط وعلاقة ذلك بحالة جهاز المناعة البشري. وقد درس هذين الباحثين الأحداث الحياتية الموضوعية الضاغطة مثل فقدان أحد المقربين كالأب أو الأم أو الابن، والطلاق، وتوتر القائمين على رعاية الفرد من ناحية والأحداث الذاتية المؤدية إلى الشعور الذاتي بالضغوط المعبر عنه بأسلوب التعزيز الذاتي (مثل التقارير عن المشاحنات مع الآخرين، وعن ضغوط الأحداث الحياتية أو الضغوط المدركة) من ناحية أخرى. كما ظهر في نتائج عدد كبير من الدراسات السابقة.

وقد اتضح من الدراسة التحليلية البعدية التي قام بها هوبرت، كوهن أن التغيرات الكبرى في جهاز المناعة (مثل النشاط المنخفض للخلايا الطبيعية القاتلة Lower Natural Killer (NK) Cell Activity المضادة للميكروبات والالتهابات تتلازم مع حدوث الأحداث الضاغطة.

وبالإضافة إلى ما سبق فقد أظهر تحليل عامل دوام بقاء العامل الضاغط أن الضواغط الطبيعية طويلة الأمد مثل موت أحد المقربين قد يكون أكثر أهمية وقوة على وظائف الخلايا الطبيعية (الخلايا القاتلة) المضادة للالتهابات، وذلك مقارنة

بالضواغط قصيرة الأمد (مثل المشـاحنات العابرة مع الآخرين). كما تبين أيضا أنه عندما تتضمن الأحداث مكونات بينية شخصية Interpersonal components فإنها ترتبط بتغـيرات أكبر في وظائف جهـاز المناعة مقارنة بالأحـداث غير الاجتمـاعية Nonsocial events (Herbert, Cohen, 1933) .

القسم الرابع

مرض السرطان كمولد للضغوط

إذا نظرنا بموضوعية لحالة مرض السرطان فإن الأحداث الضاغطة بشكل حاد والناجمة سواء عن عملية تشخيص المرض أو عن عملية العلاج ومشقاتها بالإضافة إلى الأبعاد البينية الشخصية المزمنة والمربكة لحياة المريض، والتي تحدث لمن كتب له الشفاء والبقـاء على قيد الحياة تؤكد وتبرهن عـلى أن مرض السرطان من أخصب الموضوعـات التي من شأنـها أن تولّد الشعـور بالضغـوط، بما في ذلك ما يتـعلق بالآثار الحيويـة والمتمثلة في انخفـاض نشاط جهاز المناعـة (الخلايا الطبيعيـة القاتلة للخلايا السامة). ويعتـبر النشاط المنخفض للخلايا الطبيعيـة القاتلة للخلايا السـامة من أكثر العلامـات الثابتة والدالة على النتائج الحيـوية الخطيرة والتي تترتب بدورها على نوعية حياة مريض السرطان.

أولا - المسارات السلوكية لسلوكيات الصحة:

Behavioral path ways Health Behavior

تشير العديد من نتائج الدراسات إلى وجود نتائج سلوكية صحية ثانوية لدى الأفراد الذين يخبرون الضغوط النفسـية الناجمة عن الإصابة بالسرطان (لاحظ في الشكل (١١-١) اتجاه من الضغوط إلى سلوكيات الصحة).

وغالبا ما يشتكي الأفراد الذين يعانون من الكدر والتعاسة من اختلالات في الشهـية Appetite disturbances التي تظهـر من خلال تناول كـميـات قليلة من الطعام أو تناول وجـبات ذات قيمـة غذائية منخفـضة. وقد أشارت نتـائج إحدى الدراسات المسـحية والبحـثية (Wellisch, et. al) التي أجريت حول هذا للكشف عن السلوكيـات والممارسات الصحيـة لدى مرضى من الذكور مصـابين بالسرطان

وذلك قبل أن يتم تشخيصهم بهذا المرض، إلى ما نسبته ٣٨٪ من العدد الكلي لأفراد الدراسة البالغ عددها ٨٠٠ مريض بالسرطان يتلقون الرعاية الطبية في العيادات الخارجية مع إقامتهم في منازلهم.

وكان هؤلاء المرضى يشكون من مشكلات صحية محددة مصحوبة بأعراض مثل فقدان الشهية والتقيؤ والشعور بالدوخة والدوار، والتي أكد أصحابها أنها ليست ذات صلة بالمشكلات الصحية الحالية التي يواجهونها في الوقت الراهن. كما تبين أن الأفراد القلقين أو المكتئبين أو الذين يعانون من كلتا الحالتين. غالبا ما كانوا يلجأون إلى أسلوب المداواة الذاتية Self- medicated عن طريق تناول الكحول والأدوية الأخرى. (Wellisch, et. al, 1989).

وكما نعلم فإن تناول الكحول غالبا ما يؤدي بصاحبه إلى مشاعر التعاسة واليأس (Grunberg & Baum, 1985)، وبالإضافة إلى هذا فإن الأفراد الذين يعانون من اليأس والكدر غالبا ما يشكون من اختلالات النوم Sleep disturbances مثل الاستيقاظ المبكر والأرق Insomnia أو الاستيقاظ في منتصف الليل وعدم القدرة على العودة للنوم ثانية (Lacks & Marin, 1992).

ويؤدي تدخين السجائر واستخدام الكافيين إلى تكثيف الآثار الفيزيولوجية للضغوط النفسية الاجتماعية من مثل زيادة إفراز الكاتيكول أمينات Catechol amines [1] وهكذا فإن السلوكيات والممارسات الصحية السيئة قد تحفز وتقوي من آثار الضغوط.

وقد يضيف تلازم وجودها لدى مريض السرطان أعباء نفسية وحيوية أخرى (Dews, 1984; Lane & Williams, 1985) -علما بأن الضغوط المرتبطة بمرض السرطان تؤثر سلبا على روح المبادأة عند المريض وعلى تكرار ظهور السلوكيات الإيجابية بصفة عامة لديه.

(١) الكاتيكول أمينات Catechol amines مجموعة من الهرمونات تتضمن الأبينفرين والتورابنيفرين والدوبامين التي تنتج في الغدد الأدرينالية وخلايا الجهاز العصبي المركزي. ويزيد عادة إفراز الكاتيكول أمينات في أنسجة الجسم كلما زادت الضغوط الانفعالية (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩، ٥٤٠-٥٤١).



وتعتبر التمرينات الجسمية واحـدة من الأمثلة الجيدة على السلوكيات الصحية الإيجابيـة. وقد توصل الباحـثون إلى وجود ارتبـاطات ثابتة بين الصـحة النفسـية وممارسة الأنشطة البدنية، وإلى أن الأنشطة البدنية تعـتبر من المكونات الأساسية في البرامج العلاجية. وعندما يمارس مريض السرطان التمـرينات الجسمية بصورة كافية ومنتظمة فإن هذا يقلل من الآثار النفسيـة للضغوط/ للضواغط. وقد ظهر هذا مع مريضات سرطان الثدي اللائى عـولجن بالعلاج الكيميائي Chemotherapy ممزوجا- ببرامج التدريب على تمارين الأيروبيك Aerobic interval training).

(Mac vicar, Winning ham & Nieble, 1989)

وتؤدي المشكلات الأخرى الناجمة عن التوتر خاصة الإنهاك Fatigue خاصة إذا تكررت إلى خلق صعوبات في قـيام مريض السرطان بتحريك نفسـه للمشاركة في السلوكيات الصحية الإيجابية (Rhodes, Watson & Hanson, 1988; Pickard-Holly, 1991)

ويبدو أن الأثر الضاغط المبـاشر لعلاجات مرض السرطان على تغـيير بعض سلوكيات المريض الصحية تجعل الأمر أكثر تعقيدا، فعلى سبيل المثال يؤدي العلاج بالأشـعة Radiation (Smith, Blumsach & Bilek 1985) أو العلاج الـكيميـائي Chemotherapy (Bernstein, 1986) إحداث تغـييرات حسـية Sensory changes واضحة، يمكن تبينها بالتغيرات التي تحدث في أنماط تناول الطعام، وأيضا التشوش وفقدان الوزن المـرتبطين بالعدائية الشديدة والنفـور المتعلم Learned aversion من مذاق الطعام، وحدوث تغيرات في حاسـة التذوق أو دقة حاسة الشم، وفوق هذا كله الإصابة بفقدان الشهية Anorexia.

وتشير نتائج الدراسات التجريبيـة على مرضى السرطان إلى وجود أثر مباشر للسلوكيات الصحية على جهاز المناعة (لاحظ السهم المشير في تحركه من السلوكيات الصحـية إلى المناعة في شكـل ١١-١) مؤكدة على مـتغيـرات معينة مـرتبطة بهذه السلوكيات الصحية مثل النوم (Lrwin, Smith & Gillin, 1992) شرب الكحوليات (Mac Gregor, 1986)، التدخين (Holt, 1987)، تعاطـي المخدرات (Friedman, Klein & Specter 1991) حيث أشارت مـقاييس هذه المتغيرات إلى التـباين المتلازم

Covariation بين المناعة وهذه المتغيرات أي تلازم التغير بين مستويات المناعة والدرجات التي حصل عليها المرضى المفحوصين على هذه المقاييس.

كما أن السلوكيات غير الصحية قد تتفاعل لإحداث أثر أكبر على المناعة، فعلى سبيل المثال يؤدي سلوك تعاطي المخدرات إلى إحداث آثار مباشرة على جهاز المناعة ووظائفه (Jaffe, 1980) وإلى إحداث آثار غير مباشرة من خلال التغيرات الواقعة في نظام التغذية (Chandra & Neuberne 1977). وترتبط التغذية السيئة Poor nutrition بعدد متنوع من أوجه العطب والتضرر المناعية Immunological impairments بما فيها مناعة الخلايا الملطفة أو المداوية Cell- mediated immunity والوظيفة البلعمية Phagocyte function[١] والمناعة المخاطية Chandra, Mucasal immunity (Newbern, 1977).

كما ترتبط الأنشطة البدنية بالنتائج الإيجابية على جهاز المناعة ووظائف الغدد الصماء Endocrinology. وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات وجود علاقة بين الاستجابات المناعية الأكثر إيجابية والتمرينات الرياضية وتمارين اللياقة البدنية لدى مرضى نقص المناعة البشرية Human immune deficiency virus (HIVH) (La Perrier et. al, 1990) وتؤكد هذه المعلومات على أن آثار الضغط الناجم عن السلوكيات غير الصحيحة تعتبر واحدة من الآليات الجديرة بالاعتبار والتي من خلالها يمكن قياس التغيرات الحادثة في وظائف المناعة سواء في أجسام المرضى أو في أجسام الأصحاء.

ثانيا - الامتثال والطاعة والالتزام: Compliance

يعتبر عنصر عدم الطاعة Nan- compliance وعدم الامتثال المكون المهم الثاني في المسارات السلوكية بعد مكون السلوكيات الصحية. وتشير المعلومات إلى أن الآثار النفسية أو السلوكية لعلاجات مرضى السرطان قد تكون تخريبية ومدمرة بحيث تجعل المريض فاقد الحافز أو الدافع إلى استكمال العلاج والاستمرار فيه بل قد يرفضه من البداية. (لاحظ اتجاه السهم من الضغوط إلى الامتثال).

ويعتبر عدم الامتثال مشكلة صحية شائعة ترسم خصائص المريض الفردية والمرضية والعلاجية (e.g. Haynes, Taylor & Sackett, 1979). ويؤدي عدم

الامتثـال عند المريض للعلاج إلى تضاؤل فرصتـه في البقاء على قيد الحـياة. وقد أكدت نتـائج إحدى الدراسـات التي أجريت على مـريضات بسرطان الـثدي على صحة هذه النتيجة (Bonadonna and Valagussa, 1981).

وتتجلى ظاهرة عدم الامتثال لعـلاج مرضى السرطان في صور عديدة ضمن العلاج مما يؤدي إلى وجود الارتباطات المختلفة لتجليات هذه الظاهرة السلوكية مع الكثير من السلوكيـات. وانتهت بعض الدراسات التنبئوية المتعلقة بالامـتثال لمواعيد العلاج الكيميائي إلى وجود مـتغيرات ترتبط بنوعية الحياة قوامهـا صعوبة مواجهة الأعراض الناجمـة عن هذا النوع من العلاج الكيميائي المـزعج والفشل في التوافق معها.

ويشير المعالجون إلى تدخل الأعراض التي تظهـر في سياق عملية العلاج في سير الأنشطة الحياتية الطبيعية، أو ما ينجم عنها من حالات الضيق والاكتئاب التي تعتـرى المريض وتسبب نفوره من العـلاج ولعدم ثقتـه في فاعليتـه وإن لم يصرح بذلك لفظيا للمعالجين. وتتكاتف عوامل كثيرة لتزيد من حالة الكدر والتعاسة التي يعيشها المريض ومنها عوامل لا ترتبط أو تحسب من متغيرات نوعية الحياة مثل طول مدة العلاج وهي كلها عوامل تزيد من تزمر المريض (Berger, et. al, 1988).

والارتباط بين عدم الامتثال للعلاج بسمات الشخصية من ناحية وبتدهور حالة المريض من ناحيـة أخرى أمـرا ليس قاصرا على مـرضى السرطان وحـده ولكنه أمر يسري على كل الأمراض المزمنة غير السرطانية. فالدراسات العديدة تؤكد العلاقة بين إهمال العـلاج -بل وعدم الاعتراف بالمرض أحيـانا- وتدني جوانب من نوعيـة حياة المريض وحدوث المضاعفات في الأمراض وتعقد الحال المرضية بشكل عام.

كما يشير النموذج الحالي إلى أن الامتثال الضعيف للمرض وللعلاج قد يؤثر على السيطرة والضبط الموضعي للمرض (انظر السهم المتجه من الامتثال إلى موضع المرض في النموذج (١١-١) بالإضـافة إلى تأثيره المحتـمل على ضبط المرض عن بعد distant control of the disease (انظر إلى السهم المتجه من الامتثال إلى تنقل المرض).

(•) البلعم Phagocyte أو phagocite هو الخليـة الأكالة وهي خليـة دم بيضـاء تهاجم وتتـشرب المواد المتعضية الدقيقة. (جابر، كفافي، معجم علم النفس، الجزء الـسادس، ١٩٩٣، ٢٧٣٧).

ويعتمـد اختيار هذه المسـالك والمسارات بين عدم الامتـثال والمرض والعلاج على الخصائص المعينة للفرد من ناحيـة وتفاعله مع برنامج علاجي معين من ناحية أخرى. وقـد أشرنا إلى تأثر عـملية المناعة بـعدم الامتـثال للعلاج، ويبـقى لدينا المتغـيرين الآخرين وهما: فـشل السيطرة الموضعـية على المرضى، وتنقل المرض. وهو ما سنشير إليه فيما يلي:

أ- فشل السيطرة الموضعية على المرضى:

ويتضمن فشل السـيطرة الموضعية على المرض- والناجمة عن عـدم الامتثال للعلاج- على الأمثلة الآتية:

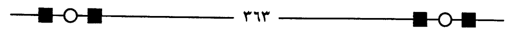
أ/ ١ الحـضور اليـومي غيـر المنتظم Irregular daily attendance لجلسات العلاج الإشـعاعي Radiotherapy. وهذا ما يعطى وقـتا أكثـر لإعادة إنتـاج وتوليـد Regeneration الخـلايا السـرطانيـة في مـوقع الورم السرطاني، وبالتالي إلى عكس التوازن Reversing the balance الذي يعمل من أجل إصلاح repair خلايا الأنسجة الطبيعية، وذلك في فترة العلاج الإشعاعي المقطّر أو المجزأ Fractionated radiotherapy.

أ/ ٢ الإنهاء قبل الأوان لمرحلة العلاج مثـل ترك العلاج بعد مدة ٤ أسابيع- ٦ أسابيع من مرحلة العلاج الإشعاعي. وهذا ما يزيد من خطر الفشل الموضعي كـأن لا تتلقى خلايا الموقع الأولى المتصلة بالمرض جـرعة من العلاج الإشعاعي كافية لإحـداث الأثر المطلوب على الحالة البيولوجية للورم السرطاني.

ب- تنقل المرض: metastatic

أما الفـشل في التحكم وضـبط تنقل المرض -وهو من نتائج عـدم الامتـثال للعلاج أيضا- فيتجلى في :

ب/ ١ قد يؤدي عدم التناول المنتظم للعلاج الكيميائي إلى انتشار أكثر سرعة لعمليـة الانبثاث أو الانتـقالات الصغيـرة جدا للخلايا السـرطانية من موضع إلى آخر في الجسم؛ لأن مستويـات الجرعات العلاجية الدوائية لا تصل إلى المستوى الخلوي Cellular level.



ب/ ٢ قد يمتثل المريض للعلاج الأولى لكنه يخفق في العودة إلى الجلسات التتبعية العلاجية، مما يصعب عملية متابعة المرض، وتقليل فرص رصد عودة خلايا مصابة جديدة. ويرتبط نجاح البرنامج العلاجي مباشرة في مرحلة إعادة المعالجة Re-treatment في العديد من الحالات السرطانية- وبصورة خاصة المتعلقة بسرطان المبيض -بحجم الورم السرطاني Tumor volume.

ويتضمن الشكل ١١-١ سهما مزدوج الاتجاه بين الامتثال والسلوكيات الصحية، ويعني ذلك أن هذين المتغيرين قد يتفاعلان، وأيضا قد يحدث بينهما تعاون وتآزر. ويمكن توضيح ذلك من خلال القول بأن مرضى السرطان الذين يمتثلون للعلاج يتوقع حصولهم على نتائج صحية أفضل. وهذا ما جعلهم يجدون سهولة أكبر في الالتزام بنظام الغذاء Diet المفروض عليهم وبمعدلات النوم وبالتمارين الرياضية المحددة لهم وما إلى ذلك، أو يجعلهم ذلك يشاركون في السلوكيات الصحية الأخرى الدالة على «الصحة الجيدة». وعلى العكس من ذلك فإن المرضى الذين لا يلتزمون بالبرنامج العلاجي سيواجهون بارتباطات ضعيفة مع نظام الرعاية الصحية، وقد لا يتلقون المعلومات اللازمة عن نظام الغذاء الذي يحتاجونه على سبيل المثال والذي يستفيد منه الآخرون الملتزمون خلال مرحلة العلاج أو المتابعة.

القسم الخامس

المسارات الحيوية

تشير كثير من الدراسات إلى أن الشعور بالضغط يستحث العديد من الآثار الحيوية أو البيولوجية المهمة التي تتضمن التأثير على الأنظمة التلقائية والغدد الصماء وأنظمة المناعة.

وكما يتضح من الشكل ١١-١ فإن الضغط قد يصل إلى جهاز المناعة بواسطة الجهاز العصبي المركزي (CNS) عن طريقين:

الطريق الأول: ويتمثل في الجهاز العصبي السمبثاوي Sympathetic nervous system[1].

الطريق الثاني: ويتمثل في مسارات مناعة الغدد الصماء العصبية Neuroendocrine- Immune pathways.

وفي الطريق الثاني تشترك العديد من الهرمونات التي يتم إفرازها تحت تأثير الضغط في عملية تغيير المناعة. ومن الأمثلة على ذلك الكاتيكول أمينات (وهي مجموعة من الهرمونات تتضمن الابينفرين والنورا بينفرين والدوبامين التي تنتج في الغدة الأدرينالية وخلايا الجهاز العصبي. ويزيد عادة إفراز الكاتيكول أمين في أنسجة الجسم كلما زادت الضغوط الانفعالية). والكورتيزول (وهو أحد الهرمونات التي تفرزها القشرة الادرينالية) وهرمون النمو (الذي يفرزه الغدة النخامية) والببتيد (أحد الإفرازات الهرمونية للغدة النخامية الداخلية المتعلقة بعمل العصارات المعدية الهضمية) وكذلك هرمونات النخاع الأدرينالين. وهذا بالإضافة إلى تأثير الضغط على الدماغ أو على جهاز المناعة نفسه.

وبصرف النظر عن آثار الضغوط فإن جهاز المناعة يعتبر واحدا من أكثر المحددات البيولوجية أهمية في عملية الضبط والسيطرة على أمراض خبيثة معينة. وتوجد الكثير من البراهين على كل من الاستجابات المناعية التقليدية والطبيعية والمتمثلة في مجموعات المقاومة والتي يظهرها الجسم أمام نمو وانبثاث الأورام السرطانية وانتشارها.

وفي الحقيقة فإن الكثير من الأدلة العلمية قد أشارت إلى بعض عناصر جهاز المناعة وركزت عليها بصورة خاصة مثل الخلايا الطبيعية القاتلة (NK) التي يعتبر

---

(١) الجهاز العصبي السمبثاوي جزء من الجهاز العصبي المستقل مع ألياف الجزء الصدري القطني ويعصب (يمد بالأعصاب) القلب والعضلات الرخوة والغدد في الجسم كله من العينين إلى الأعضاء البولية التناسلية. وتحدث التغيرات السمبثاوية النمطية أثناء بذل الجهد الشاق أو في المواقف الطارئة وعندئذ يتسع بؤبؤ العين لتيسير الإبصار وتضييق الأوعية الدموية لتمد العضلات والمخ بدم أكثر، ويفرز الأدرينالين لرفع مستوى السكر في الدم ويزيد من الأيض. ويفرز الجلد العرق ليتخلص من الفضلات الناتجة. وتتوقف أنشطة المعدة والأمعاء بحيث يمكن توجيه الطاقة إلى موضع آخر. وبعبارة موجزة يعبئ الجهاز العصبي السمبثاوي الكائن العضوي كله ليواجه الموقف (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع ١٩٩٥، ٣٨٣٤).

دورها أكثر فاعـلية في عملية السيطرة على انتقـال المرض وانتشاره (Herberman, 1991) .

وقد يستحث وجود الورم السرطاني الاستجابات المناعية المضادة للأورام وقد يتعـرض الأشخاص المصابون بأورام سـرطانية إلى تغيـرات عامة في جهـاز المناعة مصحـوبة بانخفاض حاد في الـعديد من الأنشطة المناعية مـثل تناقص ردود الفعل الخلوية، وإلى تراجع في أنشطة الخلايا الطبيعية القاتلة.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الحادى عشر

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١، ص١٥٤٨.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٩، ص٥٤٠ - ٥٤١.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥، ص٣٨٣٤.

4. American Cancer Society (1994): Concer facts and figures-1993. New York: Author.

5. Andersen, B.L. (Ed.) (1086): Women with cancer: Psychological perspectives. New York: Springer-Verlag.

6. Andersen, B.L. (1989): Health psychology's contribution to addressing the cancer problem: Update on accomplishments. Health Psychology, 8, 683-703.

7. Anersen, B.L. (1992): Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 552-568.

8. Andersen, B.L., Anderson, B. and deProsse, C. (1989): Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 683-691.

9. Andersen, B.L., Kiecolt-Glaser, J.K. and Glaser, R. (1994): A Biohavioral Model of Cancer Stress and Disease Course. American Psychologist, 49, 389-404.



10. Bernstein, I.L. (1986): Etiology of anorexia in cancer. Cancer, 58, 1881-1886.

11. Berger, D., Braverman, A., Sohn, C.K., and Morrow, M. (1988): Patient compliance with aggressive multimodal therapy in locally advanced breast cancer. Cancer, 61, 1453-1456.

12. Bonadonna, G., and Valagussa, P. (1981): dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. New England Journal of Medicine, 304, 10-46.

13. Cella, D.F. and Tross, S. (1986): Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 616-622.

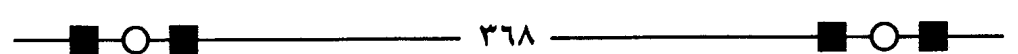
14. Chandra, R.K. and Newberne, P.M. (1977): Nutrition, immunity, and infection: Mechanisms of interactions. New York: Plenum.

15. Dews, P.B. (Ed.) (1984): Caffeine. New York: Springer-Verlag.

16. Friedman, H., Klein, T., and Specter, S. (1991): Immunosuppression by marijuana and components. In R. Ader., D.L. Felten and N. Cohen (Eds.), Psychoneuroimmunology (pp. 66-85). San Diego, CA: Academic Press.

17. Grunberg, N.E. and Baum, A. (1985): Biological commonalities of stress and substance abuse. In S. Shiffman and T.A. Wills (Eds.), Coping and substance use (pp. 25-62). San Diego, CA: Academic Press.

18. Haynes, R.B., Taylor, R.B., and Sackett, D.L. (Eds.) (1979): Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.



19. Herbert, T.B., and Cohen, S. (1993): Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. psychosomatic Medicine, 55, 364-379.

20. Herberman, R.B. (1991): Priniciples of tumor immunology. In A. I. Hooleb, D.J. Fink, and G.P. Murphy (Eds.), Textbook of clinical oncology (pp. 69-79). Atlanta, GA: American Cancer Society.

21. Holt, P.G. (1987): Immune and inflammatory function in cigarette smokers. Thorax, 42, 241-249.

22. Irwin, M., Smith T.L. and Gillin, J.C. (1992): Electroencephalographic sleep and natural killer activity in depressed patients and cotrol subjects. Psychosomatic Medicine, 54, 10-21.

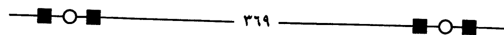
23. Jaffe, J.H. (1980): Drug addiction and drug abuse. In A.G. Gilman, L.S. Goodman, and A. Gilman (Eds.), The pharmacological basis of therapeutics (6th ed., pp. 150-175). New York: Macmillan.

24. Kaplan, R.M. (1990): Behavior as the central outcome in health care. American Psychologist, 45, (1211-1220.

25. Kiecolt-Glaser, J.K., and Glaser, R. (1988): Psychological influences on immunity: Implications for AIDS. American Psychologist, 43, 982-898.

26. Lacks, P., and Morin, C.M. (1992): Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 586-594.

27. Lane, J.D. and Williams, R.B. (1985): Caffeine affects cardiovascular responses to stress. Psychophysiology, 22, 648-655.



28. LaPerriere, A.R., Antoni, M.H., Schneiderman, N., Ironson, G., Klimas, N., Caralis, P. and Fletcher, M.A. (1990): Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-A. Biofeedback and Self-Regulation, 15, 229-242.

29. MacGregor, R.R. (1986): Alcohol and immune defense. Journal of the American Medical Association, 256, 1474-1479.

30. McNair, D.M., Lorr, M. and Droppleman, L.F. (1981): Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational and Testing Service.

31. MacVicar, M., Winningham, M. and Nickel, J. (1989): Effects of aerobic interval training on cancer patients' functional capacity. Nursing Research, 38, 348-351.

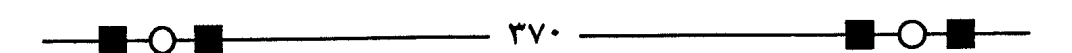
32. O'Leary, A. (1990): Stress, emotion, and human immune function. Psychological Bulletin, 108, 363-382.

33. Pickard-Holley, S. (1991): Fatigue in cancer patients. Cancer Nursing, 14, 13-19.

34. Rhodes, V., Watson, P. and Hanson, B. (1988): Patients' descriptions of the influence of tiredness and weakness on self-care abilities. Cancer Nursing, 11, 188-194.

35. Richardson, J.L., Marks, G. and Leving, A. (1988): The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy. Journal of Clinical Oncology, 6, 1746-1752.

36. Smith, J.C., Blumsach, J.T. and Bilek, F.S. (1985): Radiation-induced taste aversions in rats and humans. In T.G. Burish, S.M.



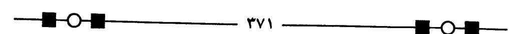
Levy and B.E. Meyerowitz (Eds.), Cancer, nutrition, and eating behavior: A biobehavioral perspective (pp. 77-101). Hillsdale, NJ: Errlbaum.

37. Weiss, C.S. (1992): Depression and immunocompetence: A review of the literature. Psychological Bulletin, 111, 475-489.

38. Winegard, J.R., Curbow, B., Baker, F. and Piantadosi, S. (1991): Health, functional status, and employement of adult survivors of bone marrow transplantation. Annals of Internal Medicine, 114, 113-118.

39. Wellisch, D.K., Wollcott, D.L., Pasnau, R.O. Fawzy, F.L. and Landsverk, J. (1989): An evaluation of the psychosocial problems of the homebound cancer patient: Relationship of patient adjustment to family problems. Journal of Psychosocial Research, 7, 55-76.

☺☺☺☺☺☺



صدر من السلسلة ما يلى :

(١) رياضة المشى مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب و أ.د. إبراهيم خليفة تقديم أ.د. جابر عبد الحميد.

(٢) التعليم والتنمية الشاملة : دراسة فى النموذج الكورى.

تأليف د. عبد الناصر محمد رشاد. تقديم أ.د. عبد الغنى عبود

(٣) مناهج التربية : أسسها وتطبيقاتها.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور. تقديم أ.د. جابر عبد الحميد

(٤) المدخل فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

أ.د. أحمد النجدى. تأليف أ.د. على راشد. أ.د. منى عبد الهادى

(٥) التربية البيئية لطفل الروضة .

تأليف أ.د. وفاء سلامة. مراجعة وتقديم: أ.د. سعد عبد الرحمن

(٦) التدريس والتعلم: الأسس النظرية والاستراتيجية والفاعلية - الأسس النظرية .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(٧) النمو الحركى: مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق.

تأليف أ.د.أسامة كامل راتب.

(٨) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى:المنظور النسقى الاتصالى.

تأليف أ.د.علاء الدين كفافى.

(٩) علم النفس الاجتماعى: رؤية معاصرة.

تأليف أ.د. فؤاد البهى. وأ.د. سعد عبد الرحمن

(١٠) استراتيجيات التدريس والتعلم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(١١) الإدارة المدرسية فى مطلع القرن الحادى والعشرين.

تأليف أ.د. أحمد إبراهيم أحمد

(١٢) علم النفس الاجتماعى والتعصب.

تأليف أ.د. عبد الحميد صفوت

(١٣) التربية المقارنة والألفية الثالثة: الأيديولوجيا والتربية والنظام العالمى الجديد.

تأليف أ.د. عبد الغنى عبود وآخرون

(١٤) مدرس القرن الحادى والعشرين الفعال:المهارات والتنمية المهنية.

تأليف أ.د.جابر عبد الحميد، ود. بيومى ضحاوى.

أ.د. عادل سلامة،أ.د. عبد الجواد السيد بكر

(١٥) الإعداد النفسى للناشئين: دليل للإرشاد والتوجيه للمدربين والإداريين وأولياء الأمور.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(١٦) القلق وإدارة الضغوط النفسية.

تأليف أ.د. فاروق السيد عثمان

(١٧) طرق تدريس الرياضيات.. نظريات وتطبيقات.

تأليف أ.د. إسماعيل محمد الأمين

(١٨) خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم.

تأليف: مارتن هنلى - روبارتا رامزى - روبرت ألجوزين

ترجمة أ.د.جابر عبد الحميد

(١٩) تحليل المحتوى فى العلوم الإنسانية.

تأليف أ.د. رشدى أحمد طعيمة

(٢٠) أصول التربية البدنية والرياضة: المدخل ـ التاريخ ـ الفلسفة - المهنة والإعداد المهنى - النظام العلمى الأكاديمى.

تأليف أ.د. أمين أنور الخولى

(٢١) فقه التربية: مدخل إلى العلوم التربوية.

تأليف أ.د. سعيد إسماعيل على

(٢٢) اتجاهات وتجارب معاصرة فى تقويم أداء التلميذ والمدرس.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٣) علم اجتماع التربية المعاصر: تطوره ـ منهجيته ـ تكافؤ الفرص التعليمية

تأليف أ.د. على السيد الشخيبى

(٢٤) تربية الأطفال المعاقين عقليا

تأليف أ.د. أمل معوض الهجرسى

(٢٥) القياس والاختبارات النفسية

تأليف أ.د.عبد الهادى السيد على وأ.د. فاروق السيد عثمان

(٢٦) التربية وثقافة التكنولوجيا.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

(٢٧) طرق وأساليب وإستراتيجيات حديثة فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

تأليف أ.د. أحمد النجدى. أ.د. منى عبد الهادى أ.د. على راشد.

(٢٨) الذكاءات المتعددة والفهم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٩) المنهجية الإسلامية فى البحث التربوى .

تأليف أ.د. عبد الرحمن النقيب

(٣٠) نحو تعليم أفضل: إنجاز أكاديمى وتعلم اجتماعى وذكاء وجدانى.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٣١) النشاط البدنى والاسترخاء: مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(٣٢) علم النفس الصناعى والتنظيمى: بحوث عربية وعالمية.

تأليف أ.د. محمود السيد أبو النيل

(٣٣) اتجاهات حديثة فى تعليم العلوم على ضوء المعايير العالمية وتنمية التفكير والنظرية البنائية.

تأليف أ.د. على راشد أ.د. أحمد النجدى أ.د. منى عبد الهادى

(٣٤) موسوعة علم النفس التأهيلى وخدماته فى مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة.

تأليف أ.د. علاء الدين كفافى أ.د. جهاد علاء الدين

(٣٥) نظريات المناهج التربوية.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

دار الفكر العربى

مؤسسة مصرية للطباعة والنشر والتوزيع

تأسست ١٣٦٥ هـ ـ ١٩٤٦م

مؤسسها : محمد محمود الخضرى

الإدارة وإدارة التسويق : ٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت: ٢٧٥٢٩٨٤ - ٢٧٥٢٧٩٤ فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com.

الإدارة المالية: ١١ ش جواد حسنى ـ القاهرة
ص. ب : ١٣٠ ـ الرمز البريدى ١١٥١١
فاكس : ٣٩١٧٧٢٣ (٠٠٢٠٢)
ت : ٣٩٢٥٥٢٣ ـ ٣٩٢٠٩٥٦.

نشاط المؤسسة
١ ـ طبع ونشر وتوزيع جميع الكتب العربية فى شتى مجالات المعرفة والعلوم
٢ ـ استيراد وتصدير الكتب من وإلى جميع الدول العربية والأجنبية.

تطلب جميع منشوراتنا من فروعنا بجمهورية مصر العربية :

فرع مدينة نصر: ٩٤ شارع عباس العقاد ـ مدينة نصر - القاهرة.
ت : ٢٧٥٢٧٩٤ ـ ٢٧٥٢٩٨٤
فاكس : ٢٧٥٢٧٣٥.

فرع جواد حسنى: ٦ أ شارع جواد حسنى ـ القاهرة.
ت : ٣٩٣٠١٦٧.

وكذلك تطلب جميع منشوراتنا من وكيلنا الوحيد بالكويت والجزائر

مؤسسة دار الكتاب الحديث